PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

El curso está estructurado en dos partes principales:

PARTE INSTITUCIONAL

En esta sección se presentan los fundamentos teóricos sobre la discapacidad y los trastornos del desarrollo.

Se enfoca en:

- **Definiciones y clasificación de la discapacidad**, analizando cómo ha evolucionado el concepto a lo largo del tiempo.

- Enfoques históricos y actuales, destacando la transición desde un modelo basado en etiquetas rígidas de los trastornos hasta el uso del marco de la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (ICF)**.

- Intervención

PARTE MONOGRÁFICA

Esta parte profundiza en los **principales trastornos del neurodesarrollo**, abordando sus características, diagnóstico y estrategias de intervención.

Se estudian:

- **Trastorno del Espectro Autista (TEA)**

- Discapacidad Intelectual

- Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH)

- Trastornos del Lenguaje

- Trastornos Específico del Aprendizaje, como: Dislexia (dificultad en

Además, en esta parte se abordan dos aspectos clave:

1. Estrategias de inclusión en entornos educativos y sociales.

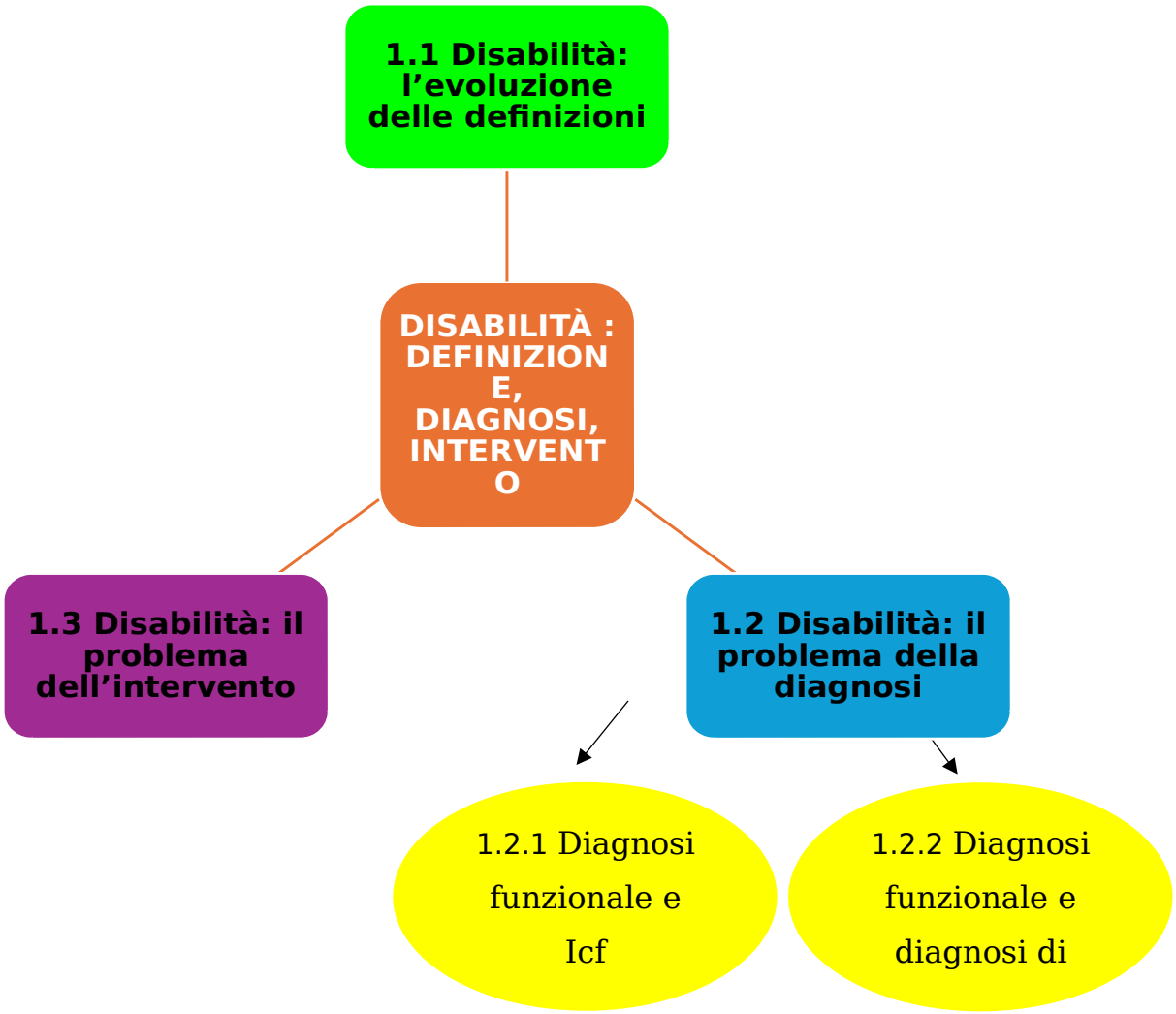
2. Aspectos psicológicos, tanto del individuo con discapacidad como de su familia, con un enfoque en:

- El enfoque sistémico (cómo interactúan el individuo, su familia y el entorno educativo).

- La comunicación y gestión del grupo-clase, destacando la importancia de un ambiente inclusivo para todos los estudiantes.

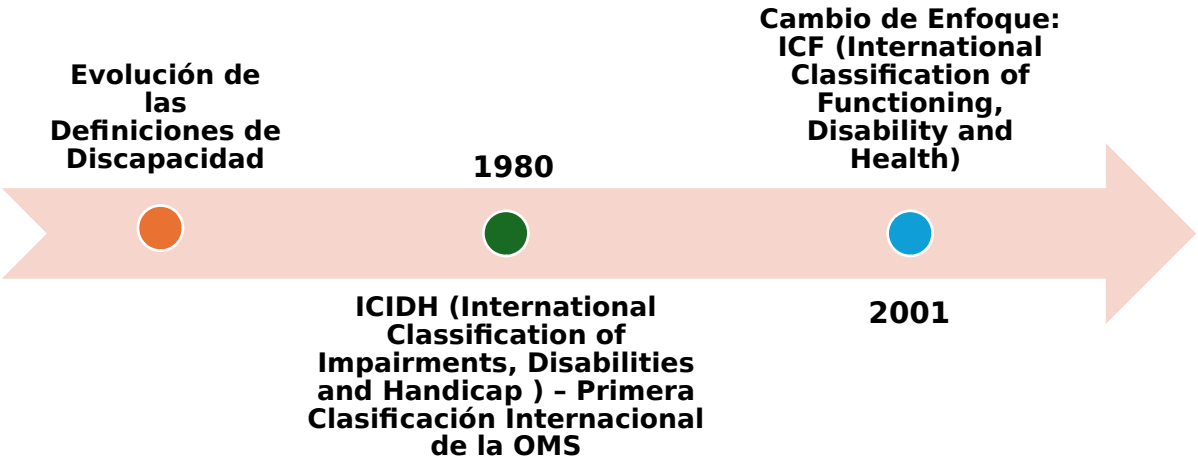
PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

CAPITULO 1


1.1 Disabilità: l'evoluzione delle definizioni
DISABILITÀ : DEFINIZIONE, DIAGNOSI, INTERVENTO
1.3 Disabilità: il problema dell'intervento
1.2 Disabilità: il problema della diagnosi
1.2.1 Diagnosi funzionale e Icf
1.2.2 Diagnosi funzionale e diagnosi di

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

1.1 Disabilità: l'evoluzione delle definizioni


Evolución de las Definiciones de Discapacidad
1980
Cambio de Enfoque: ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap) – Primera Clasificación Internacional de la OMS
2001

1. ICIDH Primera Clasificación Internacional de la OMS. Se introducen tres conceptos clave:

1. **Menomazione (impairment):** Se refiere a cualquier pérdida o anomalía en las estructuras o funciones psicológicas, fisiológicas o anatómicas. Es decir, cualquier daño que afecte el cuerpo o la mente, ya sea permanente o transitorio.
2. **Disabilita (disability):** Es la reducción parcial o total de la capacidad de realizar actividades de manera considerada normal. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible, y puede surgir directamente de un menoscabo físico o incluso de una reacción psicológica a este.
3. **Handicap:** Es la desventaja social que surge de la discapacidad o del menoscabo. No se refiere solo a la condición física o mental de la persona, sino a cómo la sociedad y el entorno influyen en su participación en actividades normales.

Ejemplo: Persona con pérdida de audición

1. **Menomación (impairment)**: Una persona sufre una pérdida auditiva severa debido a una enfermedad o un accidente. Esto es un daño fisiológico en el sistema auditivo.
2. **Discapacidad (disability)**: Debido a la pérdida de audición, la persona tiene dificultades para comprender conversaciones sin apoyo visual (lectura de labios o lenguaje de señas). Su capacidad para comunicarse de manera oral se ve reducida en comparación con personas oyentes.
3. **Handicap (desventaja)**: Si la sociedad no ofrece intérpretes

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

 Diferencia clave: La menomación es el daño físico, la discapacidad es la dificultad funcional derivada de ese daño y el handicap es la desventaja social o ambiental que enfrenta la persona.

El handicap como fenómeno social. El *handicap* no es solo una consecuencia médica, sino también un *fenómeno social*. Esto significa que las barreras que una persona con discapacidad enfrenta dependen del contexto en el que vive. Por ejemplo, una leve discapacidad motora en una sociedad tecnológicamente avanzada puede tener poco impacto gracias a la accesibilidad y la tecnología. En cambio, en una sociedad basada en el trabajo físico, la misma discapacidad podría ser una gran limitación. Este enfoque ayuda a entender que el handicap no es algo fijo, sino que puede cambiar según el entorno y las oportunidades disponibles para la persona con discapacidad.

Cambio en el lenguaje y superación de prejuicios. Con el tiempo, ha sido importante modificar la forma en que se habla sobre la discapacidad para evitar prejuicios. Por ello:

- **No se debe identificar a la persona con su discapacidad**: Antes se usaban términos como *inválido* o *minusválido*, que resaltaban la discapacidad como un rasgo definitorio de la persona. Se recomienda usar ***persona con discapacidad*** en lugar de *discapacitado*, porque pone énfasis en la persona antes que en su condición.
- **El handicap no es una enfermedad**: Aunque algunas discapacidades pueden ser consecuencia de una enfermedad, no significa que la persona con discapacidad esté enferma. Se debe diferenciar entre problemas de salud y las limitaciones impuestas por el entorno social.

- **No se debe confundir el handicap con una desventaja social general**: El handicap no es simplemente una condición de pobreza o marginación, sino una combinación de factores biológicos y sociales. Hay personas con discapacidad que no tienen un *handicap* significativo porque viven en un entorno accesible e inclusivo.

Barreras que afectan a las personas con discapacidad. La discapacidad no depende solo de la condición individual, sino de cómo el entorno facilita o limita la inclusión. El *handicap* se manifiesta cuando una persona con discapacidad encuentra barreras en su vida cotidiana. Se identifican tres tipos de barreras:

1. **Barreras físicos:** Obstáculos arquitectónicos como escaleras sin rampas, transporte público inaccesible o falta de señalización en braille.
2. **Barreras psicológicas:** Cómo la persona con discapacidad percibe su propia condición y cómo se siente con respecto a sus limitaciones. Por ejemplo, alguien con una discapacidad puede sentirse inseguro o menos valioso debido a la forma en que la sociedad lo trata.
3. **Barreras sociales:** Actitudes discriminatorias, falta de oportunidades laborales o educativas, o la ausencia de políticas de inclusión. Estas barreras dependen de la cultura y la época. En sociedades más inclusivas, las personas con discapacidad tienen más oportunidades de desarrollarse plenamente.

Factores que influyen en la gravedad de la discapacidad

El impacto de una discapacidad no depende solo del menoscabo físico o mental, sino de varios factores externos, como:

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

- **El entorno familiar y social:** Si una persona con discapacidad crece en un ambiente de apoyo, tendrá más oportunidades de desarrollarse plenamente.
- **Las políticas y accesibilidad:** Un país con leyes de inclusión y accesibilidad reduce el impacto del handicap.
- **La cultura y la educación:** En algunas sociedades, las personas con discapacidad enfrentan más discriminación que en otras.

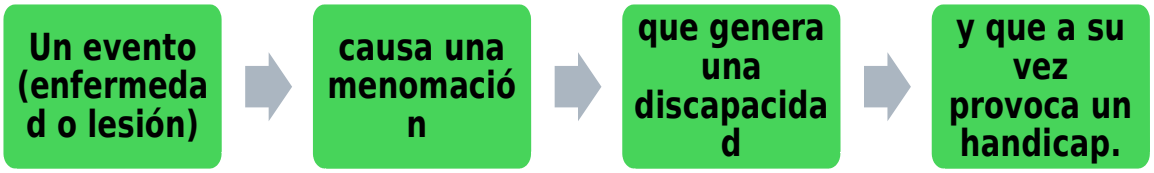
 El ***handicap*** no es algo estático, sino una condición que puede mejorar o empeorar según las circunstancias de cada persona.

En los años 80, se empezó a reconocer que **la gravedad de una discapacidad no depende únicamente del tipo y la severidad de la menomación** (es decir, el daño o pérdida funcional en una parte del cuerpo). Por ejemplo, dos personas con la misma amputación (menomación) pueden experimentar niveles muy distintos de discapacidad. Una persona con acceso a prótesis avanzadas y apoyo social puede llevar una vida muy funcional. Otra, sin estos recursos, puede experimentar mayores barreras y limitaciones. Entonces se puede decir que la discapacidad no es solo el resultado directo de una lesión o enfermedad, sino que **factores personales y del entorno** influyen en cómo se manifiesta.

Limitaciones del modelo de 1981 (ICIDH)

El modelo clásico de la discapacidad era **lineal y basado en una relación de causa-efecto**:

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ



Ejemplo según este modelo:

- Un accidente causa una lesión en la médula espinal (**evento morboso**).
- Esto lleva a una paraplejia (**menomación**).
- Como consecuencia, la persona no puede caminar (**discapacidad**).
- Finalmente, enfrenta barreras sociales y laborales (**handicap**).

El **problema con este modelo** es que es **demasiado rígido y simplista** porque asume que todo sigue una cadena inevitable de consecuencias. No considera cómo **el entorno y el apoyo social pueden modificar la experiencia de la discapacidad**.

Críticas al término "handicap". En años recientes, ha crecido la conciencia de que el término **"handicap" es inadecuado**, porque **es demasiado genérico,** es decir, no distingue entre diferentes tipos de barreras; y **tiene una connotación negativa**, su origen etimológico se relaciona con una desventaja en competencias (del inglés "hand in cap", usado en carreras de caballos para referirse a condiciones desiguales). En lugar de "handicap", se prefiere hablar de **"barreras" o "limitaciones impuestas por el entorno"**, destacando que la discapacidad no es solo una condición médica, sino también un resultado de cómo la sociedad responde a las diferencias.

Este análisis llevó a la creación de nuevos modelos, como el **Modelo Biopsicosocial** de la OMS (CIF, 2001), que considera tanto los aspectos médicos como los factores sociales y ambientales en la discapacidad.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

2. Cambio de Enfoque: ICF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) (2001)

Se reemplaza la terminología anterior con un modelo **biopsicosocial**, que considera la interacción entre la salud, el funcionamiento y los factores ambientales. Antes, los conceptos clave eran: **Menomación → Discapacidad → Handicap** (Modelo ICIDH, 1981). Ahora, la **CIF (2001)** reemplaza esos términos con nuevas categorías:

Funciones y estructuras corporales	**Menomaciones**	**Actividades**	**Limitaciones de la actividad**	**Participación**	**Restricciones en la participación**	**Factores ambientales**
Se refieren a las funciones fisiológicas y psicológicas, y a las partes anatómicas del cuerpo.	Problemas en las funciones o estructuras corporales.	La capacidad de una persona para realizar tareas o acciones.	Dificultades que enfrenta una persona al realizar una tarea.	El nivel de involucramiento de una persona en situaciones de la vida diaria.	Problemas que afectan el grado de participación en la sociedad	El contexto físico y social que influye en la vida de la persona.

Principales cambios respecto a la clasificación anterior:

- Enfoque **dinámico e interactivo**, no lineal.
- No solo se centra en las personas con discapacidad, sino en toda la población.
- Destaca la importancia del contexto en la participación e inclusión.

La **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)** de la OMS supuso un cambio importante respecto a las definiciones anteriores:

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

1. **La CIF tiene una aplicación universal:** Antes se creía que la clasificación de la discapacidad solo se aplicaba a personas con alguna enfermedad o condición específica; ahora se entiende que todas las personas tienen un nivel de funcionamiento en su vida cotidiana, con o sin discapacidad. La CIF evalúa la salud en términos globales, **no solo las limitaciones, sino también las capacidades**. Por ejemplo, un deportista que sufre una lesión temporal en la rodilla tiene una limitación en su movilidad, aunque no tenga una discapacidad permanente. **La CIF no etiqueta a las personas como "discapacitadas" o "no discapacitadas"**, sino que analiza el nivel de funcionamiento de cualquier persona en diferentes contextos.
2. **Las dimensiones se analizan en su interacción recíproca:** Antes se veía la discapacidad de forma **lineal** (**Menoscabo → Discapacidad → Handicap)**. Ahora se entiende que las diferentes dimensiones **interactúan entre sí**. No hay una causa única que determine la discapacidad, sino una **combinación de factores**. Por ejemplo, una persona con deficiencia auditiva puede participar plenamente en la sociedad si usa audífonos y recibe apoyo, pero puede tener dificultades si está en un entorno sin adaptaciones (como reuniones sin intérprete de lengua de señas). La discapacidad no es solo una consecuencia directa de una deficiencia médica, sino que **depende de cómo interactúan la persona y su entorno**.
3. **El contexto interfiere en todos los niveles:** Antes se creía que el contexto solo afectaba la **participación social** de una persona con discapacidad. Ahora se reconoce que el contexto influye **en todos los niveles del funcionamiento** (físico, emocional, social). No solo determina si una persona puede participar en la sociedad, sino que **puede agravar o reducir sus limitaciones**. Por ejemplo, una persona con movilidad reducida puede

desplazarse sin problemas en una ciudad con transporte accesible, pero enfrentará muchas dificultades en una ciudad sin rampas o ascensores. La discapacidad no está solo en la persona, sino que **depende también del entorno en el que se encuentra**.

1.2 Disabilità: il problema della diagnosi

Cambio de enfoque: del modelo médico al biopsicosocial. Antes, la discapacidad se veía solo desde un **modelo médico**, es decir, como una condición ligada a un problema físico o neurológico del individuo. Sin embargo, ahora se reconoce que la discapacidad no es solo un problema médico, sino un **fenómeno biopsicosocial**, lo que significa que:

- No depende solo de la condición médica del individuo.
- Su impacto y evolución están influenciados por el **contexto** (familia, escuela, sociedad).
- No basta con identificar la discapacidad, sino que es clave considerar las oportunidades y barreras del entorno.

Por ejemplo, si un niño con parálisis cerebral vive en un entorno con **accesibilidad, apoyo educativo y tecnología asistida**, su discapacidad puede tener un impacto menor en su vida diaria. En cambio, si el contexto no le brinda esos apoyos, su limitación será mayor.

2. Diagnóstico funcional: una visión más amplia

El texto señala que hacer un diagnóstico en discapacidad **no es lo mismo que diagnosticar una enfermedad**. Mientras que en medicina se busca una causa biológica y un tratamiento, en discapacidad se necesita un enfoque **funcional** que:

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

- Evalúe **qué puede hacer la persona** y no solo qué limitaciones tiene.
- Analice **qué factores del pasado han favorecido su desarrollo**.
- Considere no solo las dificultades, sino también **las potencialidades y puntos fuertes** de la persona.

Por ejemplo, un niño con autismo podría tener dificultades en la comunicación, pero podría tener gran habilidad para la memoria visual. Un diagnóstico funcional buscaría **aprovechar esa fortaleza** para diseñar estrategias de aprendizaje adaptadas a él.

Diagnóstico funcional en la educación. En Italia se ha establecido legalmente que un buen diagnóstico no debe limitarse a clasificar una discapacidad, sino que **debe estar vinculado a la intervención educativa y social**. Esto significa que:

- **El diagnóstico funcional** no es un fin en sí mismo, sino el punto de partida para planificar **intervenciones** en educación y apoyo social.
- Se deben identificar **estrategias concretas** que favorezcan el desarrollo del individuo.

Por ejemplo, un niño con dislexia no solo recibe un diagnóstico médico, sino que este debe ir acompañado de **adaptaciones educativas** (lectura con apoyo auditivo, más tiempo en exámenes, enseñanza multisensorial).

Elementos clave del diagnóstico funcional. Un **buen diagnóstico funcional** debe incluir:

- **Aspectos clínicos:** Evaluaciones médicas y documentación.
- **Aspectos psicosociales:** Información sobre la familia y entorno.

- **Evaluación de fortalezas y dificultades:** No solo ver lo que el niño NO puede hacer, sino también lo que SÍ puede hacer.
- **Plan de intervención:** No solo describir el problema, sino proponer soluciones.

En resumen, el enfoque de la discapacidad ha cambiado hacia una visión **dinámica e interdisciplinaria**, donde se toma en cuenta **el contexto, las oportunidades, las fortalezas del individuo y las estrategias de intervención**. Es un modelo que busca **favorecer la inclusión y la calidad de vida**, en lugar de solo clasificar una condición médica.

1.2.1 Diagnosi funzionale e Icf

El ICF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) es un modelo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que amplía la forma en que se entiende la discapacidad. En lugar de centrarse únicamente en el diagnóstico médico de una enfermedad o lesión, este modelo considera múltiples factores que influyen en el funcionamiento de una persona. Antes del ICF, la discapacidad se veía de forma lineal y estrictamente médica:

- Se diagnosticaba una enfermedad o lesión (ejemplo: parálisis cerebral).
- Se identificaba una discapacidad específica (ejemplo: dificultad para moverse).
- Se asumía que esta discapacidad llevaba a una limitación en la vida social (ejemplo: no poder asistir a la escuela).

El ICF cambia esta visión y la hace más integral, porque reconoce que la discapacidad no depende solo de la condición médica, sino también del entorno y de la interacción con la sociedad.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

¿Qué significa el Diagnóstico Funcional según el ICF?

Cuando hablamos de **diagnóstico funcional**, nos referimos a una evaluación que no solo describe la **condición médica** de una persona, sino que también analiza otros aspectos clave de su vida. En este sentido, el diagnóstico funcional debe incluir:

1. **Condiciones físicas/de salud:** Enfermedades o trastornos médicos que afectan a la persona. Ejemplo: una persona con lesión en la médula espinal.
2. **Funciones corporales:** Procesos fisiológicos o psicológicos del cuerpo. Ejemplo: dificultad para mover los brazos o problemas de memoria.
3. **Estructuras corporales:** Partes del cuerpo involucradas. Ejemplo: daño en la médula espinal afecta la movilidad de las piernas.
4. **Actividades personales:** Tareas que la persona realiza en su vida cotidiana. Ejemplo: vestirse, comer, caminar, escribir.
5. **Participación social:** Grado de integración en la sociedad. Ejemplo: poder estudiar, trabajar, participar en eventos comunitarios.
6. **Factores contextuales ambientales:** Aspectos del entorno que pueden facilitar o dificultar la vida de la persona. Ejemplo: rampas de acceso para sillas de ruedas (facilitador) o falta de accesibilidad en edificios (barrera).
7. **Factores contextuales personales:** Características individuales como la edad, el nivel educativo o las creencias. Ejemplo: una persona con discapacidad que tiene una red de apoyo fuerte puede enfrentar menos dificultades en su vida diaria.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

¿Cuál es el cambio más importante con el ICF?

El **ICF deja de ver la discapacidad como algo fijo o solo biológico** y la entiende como **una interacción entre la persona y su entorno**.

Por ejemplo, antes se diría: *"Esta persona es discapacitada porque tiene una lesión en la médula espinal y no puede caminar."* Con el ICF, se diría: *"Esta persona tiene una lesión en la médula espinal, lo que le genera dificultades para caminar. Sin embargo, si se le proporcionan sillas de ruedas adecuadas y acceso a lugares adaptados, su participación en la sociedad puede ser casi completa."*

Este enfoque ayuda a diseñar **mejores estrategias de intervención** para que las personas con discapacidad puedan **tener una vida más autónoma e inclusiva**.

<table>
<tr><th colspan="4">Condiciones de Salud</th></tr>
<tr><td colspan="4">Se clasifican según la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición), que constituye el modelo de referencia etiológico y permite diagnosticar una enfermedad o trastorno específico. Por otro lado, el ICF clasifica el funcionamiento y la discapacidad asociados a la condición de salud, lo que permite enriquecer el diagnóstico inicial.

El ICF organiza la información en:</td></tr>
<tr><th colspan="2">Funcionamiento y discapacidad</th><th colspan="2">Factores contextuales</th></tr>
<tr><td>Estructuras y funciones corporales</td><td>Actividades y participación</td><td>Factores ambientales</td><td>Factores personales</td></tr>
<tr><td>Se pueden definir como sistemas corporales y no se identifican estrictamente como órganos.</td><td>Incluyen las áreas a través de las cuales se manifiesta el funcionamiento del individuo en la vida cotidiana. Se refieren al aprendizaje y aplicación del conocimiento, la movilidad, la vida social, cívica y comunitaria. Se distingue entre: desempeño (lo que el individuo hace en su entorno actual) y capacidad (habilidad de una persona para ejecutar una tarea o acción). Se centra en las limitaciones que constituyen características intrínsecas de la persona.</td><td>Extensión de las barreras (aspecto negativo) y/o de los facilitadores (aspecto positivo).</td><td></td></tr>
</table>

Cada componente del ICF (funciones corporales, actividades, participación, factores ambientales y personales) se puede expresar de manera positiva o negativa. Por ejemplo, en términos positivos se tiene: "La persona tiene una buena movilidad y puede caminar largas distancias sin problemas." Y en términos negativos: "La persona tiene

una limitación severa en la movilidad y requiere asistencia para desplazarse." El ICF permite describir tanto fortalezas como dificultades, lo cual es útil para una evaluación completa.

Cada componente del ICF se divide en dominios y categorías, organizados en distintos niveles de detalle. Para medir el grado de funcionamiento o discapacidad en cada dominio, se utilizan calificadores. Por ejemplo:

- Dominio: Movilidad
    - Categoría: Caminar
        - Calificador: Nivel 2 de dificultad (moderada)

Los calificadores sirven para indicar qué tan afectada o conservada está una función o actividad.

El ICF usa un código alfanumérico que combina letras y números. Las letras representan las áreas evaluadas. Por ejemplo: "b" para funciones corporales, "d" para actividades y participación. Los números identifican dominios y categorías específicas. Por ejemplo, "b280" se refiere a la función del dolor.

Este sistema permite una evaluación detallada y estandarizada en distintos países.

La checklist del ICF en italiano está dividida en varias secciones:

1. **Sección introductoria**: Datos personales, diagnóstico médico y código de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).
2. **Primera parte:** Códigos para evaluar funciones y estructuras corporales (ejemplo: sistema nervioso, aparato locomotor).
3. **Segunda parte:** Códigos para evaluar actividades y participación (ejemplo: comunicación, aprendizaje, movilidad).

4. **Tercera parte:** Códigos para evaluar factores ambientales (ejemplo: barreras arquitectónicas, apoyo social).
5. **Espacio abierto:** Para describir factores personales, que no tienen un código específico pero son importantes para entender la situación de la persona (ejemplo: motivación, personalidad, experiencias previas).

Límites y críticas al uso de la checklist del ICF

Problema 1: Relación entre funcionamiento y estado de salud

- La forma en que se usa el ICF puede hacer que la discapacidad se confunda con una enfermedad, cuando en realidad son conceptos distintos.
- *Ejemplo:* Una persona con autismo no está "enferma", pero su forma de funcionar es diferente y requiere apoyos.

Problema 2: Lenguaje complicado

- La terminología del ICF puede ser difícil de entender para quienes no están familiarizados con ella.

Problema 3: Clasificaciones poco claras

- Algunas categorías y códigos pueden parecer confusos o difíciles de aplicar en la práctica.

Posible solución: Traducción operativa del ICF. El texto sugiere que una forma de superar estos problemas es traducir las indicaciones del ICF a un lenguaje más accesible y práctico.

- Ejemplo: En lugar de describir un problema con términos técnicos, usar ejemplos concretos y aplicables a la vida real.
- Objetivo: Que los profesionales puedan aplicar el ICF de manera más clara y efectiva en sus evaluaciones.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

1.2.2 Diagnosi funzionale e diagnosi di sviluppo

El **diagnóstico del desarrollo** es útil para realizar un diagnóstico funcional en la infancia y la adolescencia. Consiste en una **evaluación sistemática** de las características de la persona y su interacción mutua, con el objetivo de describir la situación actual y evaluar el **potencial evolutivo**.

Este diagnóstico busca identificar **áreas de estabilidad y cambio**, así como seleccionar herramientas adecuadas para evaluar diferentes características y aptitudes individuales a lo largo de la vida. Gracias a estas herramientas, es posible:

- Realizar una **evaluación de las habilidades básicas** para detectar indicadores de **riesgo en el desarrollo futuro**.
- Determinar el **nivel de desarrollo en un área específica**.
- Describir un **perfil evolutivo** o emitir un **juicio clínico** relacionado con un **trastorno del desarrollo**.

Es importante tener en cuenta que en muchos casos la variabilidad individual es **normal**, y la falta de ciertas habilidades **no implica necesariamente un desarrollo deficiente**.

Algunos autores proponen complementar el diagnóstico del desarrollo con la evaluación del **comportamiento adaptativo**, es decir, las habilidades necesarias para un adecuado ajuste en distintos entornos de vida y relaciones. En este caso, el criterio de referencia se basa en un **conjunto de competencias esenciales** en distintos contextos, prestando especial atención a:

- **El logro de una autonomía personal y social suficiente**.
- **Un ajuste funcional que mejore la calidad de vida**.

Sin embargo, considerar la **discapacidad como un proceso evolutivo** permite comprender la **influencia del desarrollo en el curso del trastorno** y favorece la implementación de una intervención lo más temprano posible, con el objetivo de **prevenir o reducir la discapacidad**.

El ICF-CY y su adaptación a la edad evolutiva

El **ICF-CY** (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - versión para la Infancia y Adolescencia) surge con el propósito de **documentar y describir, con un lenguaje internacional, las limitaciones y el funcionamiento durante la infancia y la adolescencia**.

Esta adaptación del ICF parte de la idea de que el funcionamiento, la discapacidad y las condiciones de salud en niños y adolescentes tienen una **naturaleza, impacto, intensidad y consecuencias distintas a las de los adultos**.

El ICF-CY contextualiza el desarrollo infantil dentro del **entorno familiar** y adapta los **calificadores del ICF** considerando el concepto de **retraso o desajuste** en la aparición de funciones, la ejecución de actividades, etc., enfatizando la **naturaleza dinámica y en proceso de cambio del desarrollo**.

El **ICF-CY se plantea como un resumen de los resultados de la evaluación** y pretende servir como **base para la planificación de intervenciones**

1.3 Disabilità: il problema dell’intervento

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Le specifiche situazioni possono richiedere interventi in vari ambiti:

Intervento medico	Intervento psicologico	Intervento educativo	Intervento sociale	Intervento riabilitativo
È necessario nei casi in cui sia possibile prevenire un'estensione della menomazione iniziale o la formazione di danni secondari.	È premessa indispensabile per un legame forte tra il momento diagnostico, progettazione, intervento e verifiche. Le barriere psicologiche possono ostacolare un pieno utilizzo delle potenzialità presenti.	Le istituzioni educative assolvono funzioni imprescindibili nel campo della socializzazione, dell'acquisizione dei comportamenti adattiva, dell'apprendimento.	È indispensabile per eliminare le barriere di varia natura che ostacolano il godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali.	Ha la funzione di attivare o migliorare funzioni e/o competenze in modo da consentire all'individuo di utilizzare al meglio le proprie potenzialità all'interno di un contesto sociale il più ampio possibile.

Elementos indispensables para cualquier proyecto en este ámbito

1. La historicidad: una intervención debe estar estrechamente vinculada al diagnóstico y tener en cuenta posibles trayectorias rehabilitativas, educativas y terapéuticas.
2. La globalidad: la atención a la persona debe considerar tanto el ámbito afectivo como el cognitivo, incluso si el objetivo principal se centra más en uno de estos aspectos.
3. La participación activa del niño y su familia en el proyecto.
4. El objetivo principal es mejorar la calidad de vida, dentro de una perspectiva que considere el desarrollo como un proceso continuo a lo largo de toda la vida. Para ello, el punto de partida debe incluir: Un análisis de los déficits y las potencialidades; Una evaluación psicológica de las necesidades de la persona; Un estudio de los recursos disponibles en el entorno. Los indicadores de este concepto están determinados culturalmente y abarcan diversos factores, como: La independencia; La participación social; El bienestar emocional, físico y material.

5. Una programación precisa: para que una intervención sea efectiva, debe basarse en un modelo teórico con fundamento científico, a partir del cual se establezcan: Objetivos a corto y largo plazo alcanzables; Metodologías y herramientas de trabajo adecuadas; Mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos.

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Los **trastornos del neurodesarrollo** son un grupo de condiciones que se originan durante el desarrollo del sistema nervioso, principalmente en la infancia o adolescencia, y que afectan el comportamiento, la cognición, el aprendizaje, la comunicación y la interacción solcial. Estos trastornos suelen manifestarse en las primeras etapas del desarrollo y tienden a persistir a lo largo del tiempo.

Principales trastornos del neurodesarrollo:

1. **Trastorno del espectro autista (TEA):** Es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por **dificultades persistentes en la comunicación e interacción social**, junto con **comportamientos e intereses restringidos o repetitivos**. Puede presentarse con distintos niveles de gravedad y frecuencia, y a menudo incluye una **hiper- o hiposensibilidad sensorial**.
2. **Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH):** Es una condición que afecta el desarrollo y el funcionamiento del autocontrol. Se manifiesta por **dificultades para mantener la atención**, **impulsividad** y, en algunos casos, **hiperactividad motora**. Estas dificultades interfieren en el rendimiento académico, social o laboral.
3. **Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual):** Es un trastorno del neurodesarrollo que implica **limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual** (como el razonamiento, la resolución de problemas) y en el **funcionamiento adaptativo**, es decir, en la capacidad

para llevar una vida independiente y socialmente responsable. Aparece antes de los 18 años.

4. **Trastornos especificos del aprendizaje:** Son dificultades específicas y persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas como **leer (dislexia), escribir (disgrafía) o calcular (discalculia)**. Estas dificultades no se deben a una discapacidad intelectual ni a falta de oportunidades educativas, y afectan el rendimiento escolar del estudiante.
5. **Trastornos de la comunicación:** Engloban dificultades en el uso, producción o comprensión del lenguaje verbal y no verbal. Incluyen:
   -Trastorno del lenguaje: dificultades para adquirir y usar el lenguaje.
   -Trastorno fonológico: problemas para articular correctamente los sonidos.
   -Trastorno de la fluidez (tartamudez): interrupciones en el ritmo normal del habla.
   -Trastorno de la comunicación social (pragmática): dificultad para usar el lenguaje de forma adecuada en contextos sociales.

DISABILITÀ UDITIVA

La **disabilità uditiva** se refiere a una limitación sensorial en la capacidad de oír, que puede presentarse en distintos grados y formas, y que influye en el acceso al lenguaje y a la comunicación oral. No implica necesariamente la ausencia total de audición ni la incapacidad para hablar. Existen diferentes formas de pérdida auditiva, desde leves hasta profundas, y su impacto varía según el momento de aparición (por ejemplo, si ocurre antes o después de la adquisición del lenguaje), las causas, la presencia de audición residual, así como los recursos educativos, tecnológicos y familiares disponibles. El término engloba tanto a las personas con sordera total como a aquellas con una audición reducida (ipoacusici o audiolesi), reconociendo que todas ellas poseen potencialidades que pueden desarrollarse a través de intervenciones tempranas, tecnologías de apoyo (como audífonos o implantes cocleares) y estrategias educativas adecuadas.

Se distinguen **tres tipos principales de sordera** en función del lugar donde ocurre la alteración en el sistema auditivo:

1.Sordità trasmissive (de transmisión):

- Afectan las partes del oído encargadas de transmitir el sonido (oído externo y medio).
- El sonido no llega o llega distorsionado al oído interno.
- Suelen ser pérdidas leves.
- Ejemplos comunes: otitis, malformaciones del canal auditivo, disfunción de los huesecillos del oído medio.

2.Sordità percettive (de percepción): Se subdividen en dos tipos:

- **Neurosensoriali**: daño en el oído interno o en los nervios auditivos cercanos.
- **Centrali**: daño en las áreas auditivas del cerebro o en las conexiones distales del nervio acústico.
- El sonido llega al oído, pero no se transforma adecuadamente en una percepción auditiva.
- La pérdida puede ser leve o muy grave.

3.Sordità miste:

- Combinan anomalías en la transmisión y en la percepción.
- Afectan tanto estructuras periféricas como centrales del aparato auditivo.

Para distinguir entre los distintos tipos de sordera se usan varias herramientas:

- **Impedenziometría**: mide el funcionamiento del oído medio de manera objetiva.
- **Métodos electrofisiológicos**: registran los potenciales auditivos a lo largo de la vía auditiva ante estímulos sonoros.
- **Audiometría subjetiva**: requiere la participación activa del paciente; permite evaluar la **gravedad** del déficit auditivo.

La **gravedad de la sordera** se evalúa a través de dos parámetros:

- **Intensidad del sonido**: medida en **decibelios (dB)**, representa lo fuerte o débil que se percibe un sonido.
- **Frecuencia del sonido**: medida en **Hertz (Hz)**, corresponde al tono del sonido.
  El oído humano sano capta entre **20 Hz y 20.000 Hz**.

La sordera también puede clasificarse según su **origen (hereditaria o adquirida)** y **época de aparición**:

1.Hereditaria:

- **Dominante**: afecta a muchos miembros de una familia, aparece en fases posteriores al nacimiento, suele ser menos grave.
- **Recesiva**: afecta a pocos miembros, se presenta desde el nacimiento, generalmente es más grave.

2.Adquirida:

- **Prenatal**: infecciones (rubéola, sífilis, toxoplasmosis), sustancias tóxicas (alcohol).
- **Neonatal/perinatale**: traumatismo obstétrico, prematuridad, anoxia, ictericia severa.
- **Postnatal**: traumatismos, infecciones (meningitis, encefalitis), intoxicaciones.

Importancia de la intervención temprana y tecnologías actuales

- El acceso temprano a **implantes cocleares o audífonos** permite incluso a niños con sordera profunda **acceder al mundo sonoro**.
- Los **implantes cocleares** ofrecen mejores resultados en aspectos **fonológicos y prosódicos** del lenguaje que los audífonos, aunque los resultados en **sintaxis** pueden ser más limitados.

- La **eficacia de estos dispositivos** depende también del **método educativo utilizado**:
    - Programas intensivos de **comunicación oral** favorecen el desarrollo auditivo y la claridad del habla.
    - Métodos mixtos (lengua oral + lengua de señas) pueden tener **resultados más bajos** en percepción auditiva y articulación.

La sordera y el desarrollo infantil. La sordera no afecta de manera uniforme el desarrollo, ya que sus efectos interactúan con múltiples variables ambientales (familiares, educativas, comunicativas). Por tanto, los resultados en el desarrollo pueden ser muy diversos. El riesgo de adoptar enfoques educativos limitantes o prejuiciosos, que, lejos de ayudar, obstaculizan las potencialidades del niño sordo.

1. Desarrollo afectivo y social

- ***Vínculo de apego:*** Según Marschark, la sordera puede dificultar el apego temprano porque los bebés sordos no responden a la voz materna. Sin embargo, los niños sordos pueden usar otros sentidos (como el olfato) para reconocer a las figuras de apego. Las dificultades de apego son menos marcadas en diadas madre-hijo sordos, donde se establece una comunicación visual-gestual temprana y natural.
- ***Interacciones madre-hijo:*** Estudios como el de Lederberg y Mobley muestran que, aunque la cantidad de interacción es menor (por falta de respuesta a estímulos auditivos), la calidad de la relación afectiva es equivalente entre niños sordos y oyentes. Se destaca la importancia de intervenciones precoces centradas en la familia, para fortalecer el vínculo afectivo y la comunicación.
- ***Independencia y sobreprotección:*** Algunas madres tienden a adoptar conductas intrusivas y directivas, lo que puede interferir con el desarrollo de la autonomía. Estas conductas pueden ser necesarias en ciertos momentos, pero su uso excesivo se vuelve contraproducente, provocando hiperprotección.

2. Desarrollo cognitivo y de la memoria

- ***Retrasos cognitivos y sus causas:*** Furth y Oléron observan retrasos en el desarrollo cognitivo (especialmente en pensamiento abstracto y tareas de conservación), pero aclaran que estos no se deben exclusivamente a la sordera, sino a factores como: Pobreza de experiencias; y Déficit en la interacción social y lingüística. Estudios más recientes muestran que el desarrollo cognitivo puede ser equivalente al de los niños oyentes durante la etapa operatoria (Piaget), aunque hay gran variabilidad intra e interindividual.
- ***Factores clave que explican esta variabilidad:***
    -Calidad de la educación recibida.
    -Competencia lingüística alcanzada.
    -Eficacia de los métodos rehabilitativos.
    -Modalidad educativa (oral, gestual, mixta).
- ***Memoria y estrategias cognitivas:*** Los estudios muestran resultados contradictorios respecto a la memoria de los niños sordos. Hay indicios de que los niños sordos prefieren códigos viso-espaciales en lugar de verbales-secuenciales, dependiendo de su nivel de competencia lingüística. Se recomienda trabajar sistemáticamente en estrategias de memoria, que los niños sordos pueden usar al igual que los oyentes, pero no siempre lo hacen espontáneamente.
- ***Teoría de la mente y razonamiento social:*** Los niños sordos no presentan déficit metarrepresentacional (es decir, comprenden los estados mentales de los

otros). Las dificultades en tareas de "falsa creencia" se asocian más con el retraso en el lenguaje, especialmente en hijos de padres oyentes. Esto indica que la sordera no implica “ceguera mental”.

3. Desarrollo lingüístico

- ***El principal obstáculo: el lenguaje verbal.*** Los niños con sordera prelingual grave suelen dejar de vocalizar hacia los 6 meses si no reciben intervención. El componente más afectado es el fonológico, ya que no perciben las diferencias entre sonidos debido a la falta de feedback auditivo.
- ***Lengua escrita y lenguaje interior:*** Contra la creencia común, los niños sordos no se limitan a usar estrategias puramente visuales para leer y escribir. Poseen representaciones internas del lenguaje y pueden establecer relaciones entre fonemas y grafemas. La dattilología (alfabeto manual) puede ser una herramienta útil para conectar signo, sonido y grafema.
- ***Variabilidad en la escritura:*** La investigación de Conrad destaca la heterogeneidad de las producciones escritas de personas sordas. El grado de inteligibilidad del habla parece ser un factor clave: quienes producen un lenguaje oral comprensible logran mejores análisis lingüísticos y fonológicos, lo cual se refleja en su competencia escrita.

Análisis de los métodos de rehabilitación para personas con sordera

Contexto general del debate. Históricamente, el debate ha girado en torno al oralismo vs. gestualismo, aunque actualmente:

- Ya no se proponen enfoques exclusivamente gestuales.
- Se reconoce la importancia del lenguaje oral incluso en personas sordas profundas.
- La distinción entre métodos no es absoluta, y muchas escuelas adoptan enfoques mixtos.

El verdadero desafío es cómo enseñar a hablar a personas con pérdida auditiva severa, considerando la complejidad del lenguaje y el acceso sensorial limitado.

Reconocimiento temprano de la discapacidad auditiva

Área de desarrollo	Indicadores esperados (niño oyente)	Signos de alarma (posible discapacidad auditiva)
0-6 meses (sensorial)	- Se sobresalta ante sonidos fuertes - Gira la cabeza hacia la voz - Balbucea espontáneamente	- No reacciona ante sonidos - No muestra interés por voces - No balbucea o lo deja de hacer precozmente

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Vínculo afectivo	- Reconoce y responde a la voz materna - Sonríe a quien le habla	- Parece indiferente a las voces - No responde al llamado del nombre
Lenguaje y comunicación	- Empieza a decir palabras simples (mamá, papá) - Imitación de sonidos	- No dice palabras comprensibles al año - No imita sonidos ni movimientos orales
Edad escolar	- Participa activamente en clase - Comprende instrucciones orales	- Necesita leer labios para comprender - Se aísla socialmente - Bajo rendimiento escolar sin otra causa
Diagnóstico clínico	- Examen auditivo normal (OAE, ABR, audiometría) - Desarrollo lingüístico acorde a la edad	- Detección de pérdida auditiva (leve, media, severa o profunda) mediante pruebas clínicas especializadas

Las intervenciones para los niños con **discapacidad auditiva** pueden abordarse desde distintos frentes: **médico, educativo, familiar y tecnológico**.

Área	Intervenciones posibles
Sanitaria / Médica	- Diagnóstico precoz (screening neonatal auditivo) - Pruebas clínicas: audiometría, OAE, ABR - Uso de prótesis auditivas o implantes cocleares según el caso - Seguimiento médico otorrinolaringológico
Logopédica / Riabilitativa	- Reeducación auditiva (entrenamiento del residuo auditivo) - Terapia logopédica individualizada (oral, gestual o mixta)

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

	- Método verbo-tonale, método creativo-musical de Zora Drezancic - Ejercicios de respiración, articulación y ritmo vocal
Psicopedagógica	- Evaluación del desarrollo cognitivo, lingüístico y social - Adaptación del currículum escolar - Inclusión educativa con apoyos - Estimulación cognitiva y uso de estrategias de memoria - Actividades que fortalezcan autoestima y autonomía
Escolar / Didáctica	- Apoyo de un docente de sostegno o educador especializado - Métodos de enseñanza adecuados (oralismo, bimodal, bilingüe, creativo, etc.) - Uso de ayudas visuales, subtítulos, lectura labial - Creación de ambientes comunicativos accesibles
Familiar	- Formación y acompañamiento a los padres (uso de lengua de signos, estrategias de comunicación) - Involucramiento activo de la familia en el proceso educativo - Intervenciones tempranas en el hogar (juegos vocales, contacto visual, gestualidad) - Asesoramiento psicológico para afrontar el diagnóstico y fortalecer el vínculo afectivo
Tecnológico	- Uso de tecnologías informáticas educativas y de comunicación (software, apps, plataformas interactivas) - Programas de reconocimiento de voz y comunicación escrita - Recursos digitales para mejorar el lenguaje y reducir la brecha con oyentes

DISABILITÀ VISIVA

La **discapacidad visual** se refiere a una condición permanente o temporal que implica una reducción parcial o total de la capacidad visual, la cual interfiere significativamente con el desarrollo personal, la autonomía y la participación en la vida cotidiana y educativa.

Señales funcionales observables (en niños o adultos)

Edad temprana (0-3 años)	**Posibles señales de alerta**
No sigue objetos con la vista.	No responde a estímulos visuales (luz, colores, movimiento).
Mantiene la mirada “perdida” o ausente.	No establece contacto visual.

Tiene movimientos oculares inusuales (nistagmo).	Se sobresalta solo con sonidos.
No reconoce rostros familiares visualmente.	Tropieza o no explora con la vista.
En edad escolar o adulta	**Señales funcionales**
Dificultad para leer o escribir.	Dolor ocular o fatiga visual.
Se acerca mucho a los objetos.	Mala orientación en espacios nuevos o poco iluminados.
Tropieza frecuentemente.	Dificultad para reconocer personas o señales visuales.

Grados de discapacidad visual. Según la **OMS**, hay cinco niveles:

1. **Ipovedente lieve** (leve)
2. **Ipovedente medio-grave**
3. **Ipovedente grave**
4. **Cieco parziale**
5. **Cieco totale**

Además, se distingue entre:

- **Cecità totale**: no se percibe ningún estímulo visual.
- **Cecità legale**: el residuo visual es inferior a un mínimo legalmente definido.
- **Ipovisione**: hay una capacidad parcial de visión.

Diferencias entre ceguera real y funcional

Tipo de ceguera	**Descripción**
Cecità reale	El sujeto no percibe ningún estímulo visual del entorno.
Cecità funzionale	Existe percepción visual, pero no es útil para desarrollar estrategias adaptativas.

Esto subraya que no solo importa la cantidad de visión, sino cómo la persona puede usarla funcionalmente.

Causas principales de la discapacidad visual en la infancia

Etapa	**Causas comunes**
Congénitas	Genéticas o por factores prenatales: infecciones (rubéola, toxoplasmosis), toxinas.
Perinatales	Anoxia, prematuridad, diabetes materna.
Postnatales	Infecciones (meningitis, encefalitis), causas inmunitarias, tumores, diabetes.

La edad de aparición del déficit también influye en las consecuencias funcionales: cuanto más temprano, mayor el impacto en el desarrollo.

Análisis del desarrollo en el niño no vidente

El desarrollo del niño ciego no sigue un patrón uniforme, sino que es altamente variable y depende de múltiples factores:

- Nivel intelectual
- Capacidades cognitivas
- Presencia de otros déficits asociados
- Factores de resiliencia individual
- Calidad y cantidad de estímulos provenientes del entorno familiar y social.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Esto significa que no se puede asumir un desarrollo homogéneo entre todos los niños con ceguera: la discapacidad visual no determina por sí sola un bajo rendimiento ni un retraso en el desarrollo, sino que está mediada por el contexto.
Tradicionalmente, se consideraba que los niños ciegos estaban en desventaja en el desarrollo de la **representación espacial**, ya que:

- La visión se percibe como un canal **simultáneo** (percibe el todo).
- El tacto y el oído se perciben como canales **secuenciales** (exploran por partes).

Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que incluso la percepción visual es de naturaleza secuencial, especialmente a través del llamado sistema visual periférico, que trabaja en coordinación con los movimientos de los ojos y la cabeza.
Esto redefine la percepción del espacio, mostrando que la diferencia en el desarrollo espacial no es de tipo cualitativo, sino temporal: el niño ciego construye sus mapas espaciales de forma más lenta, pero no necesariamente menos precisa.
Se destaca una interdependencia entre la vista y el movimiento, así como entre visión y tacto:

- La vista **facilita** la comprensión del orientamiento espacial.
- El tacto **facilita** la comprensión de la dimensión de los objetos.

En los niños ciegos se observa:

- Dificultad para reconocer la orientación de objetos en el espacio.
- No presentan dificultades en identificar dimensiones de los objetos.

Esto sugiere que algunos conceptos espaciales pueden desarrollarse mediante otros canales sensoriales, pero otros (como la orientación relativa de objetos) requieren intervenciones específicas para compensar la ausencia de visión.
La ceguera afecta el desarrollo motor porque:

- El **sistema sensoriomotor** depende en gran parte de los **estímulos visuales** para coordinar el movimiento.
- La vista actúa como un **sistema guía** para ajustar posturas, dirigir movimientos y anticipar acciones.

Por tanto, la ausencia de visión:

- Limita la exploración autónoma del entorno.
- Dificulta la adquisición de habilidades motrices finas y gruesas si no se compensan adecuadamente con apoyos táctiles, sonoros o motores.

El desarrollo del niño no vidente no está bloqueado, sino que sigue vías diferentes. La plasticidad cerebral y la riqueza del entorno permiten que el niño con discapacidad visual alcance altos niveles de autonomía y competencia, siempre que se implementen:

- Estimulación temprana y adecuada
- Mediación pedagógica especializada
- Participación activa de la familia
- Recursos adaptados (material táctil, auditivo, movilidad segura)

El foco educativo debe estar en **apoyar la exploración activa del entorno** y en **potenciar los otros sentidos**, promoviendo un desarrollo funcional y autónomo.

Análisis del desarrollo motor en niños no videntes

1. Incidencia directa de la ceguera en el desarrollo motor

La **deprivación sensorial visual** influye negativamente en el desarrollo motor del niño ciego, especialmente en:

- **El conocimiento del espacio** (orientación y representación del entorno).
- **La motricidad voluntaria**, como caminar, gatear, o agarrar objetos.
- **La coordinación y la postura**, debido a la falta de retroalimentación visual.

Esto se traduce en un desarrollo motor **más lento** y, en algunos casos, en **retrasos severos** respecto a niños videntes.

2. Retraso en la prensión y el uso de las manos

- En el desarrollo típico, a los **5 meses**, los bebés comienzan a estructurar el **esquema de prensión** (agarrar).
- Vista y prensión se desarrollan **en sinergia** en los bebés videntes.
- En los niños ciegos:
    - Las **manos permanecen cerca del cuerpo** (lo que se llama "mani cieche", o manos ciegas) sin iniciar exploración espontánea.
    - **Solo a los 8-10 meses** empieza la búsqueda del objeto mediante estímulos auditivos.
    - Se observa una **tendencia a usar las manos para autostimulación**, más que para explorar el entorno.

Este desfase en el desarrollo prensor implica una **limitación en la adquisición de experiencias táctiles** fundamentales para construir representaciones mentales del mundo.

3. Dificultades en la deambulación autónoma

- El niño ciego presenta **retraso considerable en la adquisición de la marcha independiente**.
- Esto se debe a la **ausencia de visión como guía del movimiento** y de apoyo para mantener el equilibrio.
- La **percepción visual facilita la anticipación de movimientos compensatorios** ante desequilibrios.

4. Efectos indirectos de la ceguera en la motricidad

Tröster y Brambing identifican cuatro factores indirectos que agravan el retraso motor:

1. Menor incentivo al movimiento por falta de estímulos visuales atractivos.
2. Escasa estimulación social inicial (por ejemplo, menos juegos compartidos).
3. Mayor inseguridad exploratoria, debido a la percepción incierta del entorno.
4. Retardo en la construcción del conocimiento del entorno real, ya que la visión integra diferentes estímulos sensoriales simultáneamente y ninguna otra modalidad lo reemplaza completamente.

5. Relación entre motricidad gruesa y fina

- La capacidad de mantenerse sentado sin apoyo es crucial para liberar los brazos y facilitar la prensión.
- Por tanto, un retraso postural también genera retraso en la motricidad fina.

6. Intervenciones educativas y estrategias propuestas

La investigación destaca la importancia de intervenir tempranamente para fomentar la autonomía motora:

Recomendaciones de Coppa para padres y educadores:

1. **Incentivar la verbalización**: ayuda al niño a construir representaciones mentales de lo que hace.
2. **Delimitar claramente los puntos de inicio y final de un recorrido**: esto da estructura al movimiento.
3. **Iniciar actividades en ambientes protegidos y seguros**: para reducir la ansiedad y favorecer la exploración.
4. **Motivar al niño constantemente**: el componente afectivo-emocional es clave para mantener el interés y la confianza.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

El desarrollo motor de los niños ciegos no está bloqueado, pero sí retrasado y más desafiante. La falta de visión no solo impide la guía visual del movimiento, sino que afecta la motivación, la confianza y la iniciativa para explorar. Es fundamental:

- Estimular precozmente la exploración activa del entorno.
- Ofrecer apoyos verbales, sonoros y táctiles.
- Crear condiciones seguras y estructuradas para la exploración.
- Involucrar a la familia y educadores como mediadores activos del movimiento y la orientación.

Con intervenciones específicas y personalizadas, estos niños pueden alcanzar una buena autonomía motora y una integración funcional en su entorno.

Análisis del desarrollo cognitivo en niños ciegos

1. Influencia del tipo y momento de aparición del déficit

- Importancia de la etiología: Los retrasos cognitivos pueden darse tanto en niños ciegos como en los con baja visión, especialmente cuando el déficit es de origen neurológico o se asocia a otras discapacidades.
- Ceguera congénita vs adquirida:
  - La ceguera congénita (desde el nacimiento) produce efectos más severos e irreversibles, especialmente si no se interviene precozmente.
  - En cambio, si la pérdida visual ocurre después de los primeros años de vida, las consecuencias sobre el desarrollo cognitivo son generalmente menos significativas.

2. Desarrollo sensoriomotor como base del desarrollo cognitivo

- Las primeras funciones cognitivas están profundamente ligadas a la actividad motora y sensorial.
- En los niños ciegos, el retraso en la exploración táctil (por las llamadas *mani cieche*) afecta también el acceso a experiencias que fundamentan el desarrollo del pensamiento.
- La búsqueda de objetos se realiza a través de los sentidos táctiles y auditivos, lo cual implica:
  - Un inicio más tardío de la prensión guiada por el oído.
  - Una mayor dificultad para construir nociones fundamentales, como la permanencia del objeto, que normalmente aparece alrededor del 9.º mes en los niños videntes.

3. Conductas autostimulatorias (blindismi)

- Aparecen estereotipias motoras como:
  - Golpearse los ojos.
  - Balancear la cabeza o el tronco.
- Estas conductas no son dañinas en sí, pero no aportan valor funcional y no favorecen el desarrollo cognitivo al no estar orientadas a la exploración o resolución de problemas.

4. Desarrollo del pensamiento lógico

- Retrasos específicos en operaciones infralógicas (ej. conservación de sustancia, volumen o peso), más que en capacidades lógico-matemáticas abstractas.
- Se observan dificultades en la noción de cantidad, lo que puede afectar la comprensión numérica y cuantitativa en etapas iniciales.

5. Plasticidad y compensación cognitiva

- Los déficits no son globales ni permanentes: con el tiempo, muchos niños ciegos compensan las dificultades iniciales mediante estrategias alternativas.

- Los procesos de reorganización cognitiva permiten utilizar:
  - El lenguaje como herramienta fundamental.
  - Una elaboración más abstracta y semántica de los contenidos.
  - Estrategias de representación no visual, apoyadas en el cuerpo y el espacio egocéntrico.

6. Representaciones espaciales y noción de referencia

- Las mayores limitaciones cognitivas en personas ciegas se manifiestan en la elaboración del espacio, debido a:
  - La falta de estimulación visual distal.
  - La necesidad de construir referencias espaciales basadas en el propio cuerpo (orientación egocéntrica).
- Esta forma de representación permanece durante más tiempo que en niños videntes, quienes integran más fácilmente referencias externas.

7. Conclusión general

- Las dificultades cognitivas derivadas de la ceguera no implican un menor potencial intelectual en la vida adulta.
- Las diferencias observadas son mayormente temporales y vinculadas a ciertas tareas específicas, no a una discapacidad cognitiva generalizada.
- El desarrollo cognitivo del niño ciego sigue una trayectoria propia, con procesos equivalentes pero caminos diferentes:
  - Más lentos en algunas etapas iniciales.
  - Más abstractos y verbales que visuales e icónicos.
- Se pone en evidencia la importancia de la estimulación precoz, multisensorial y significativa para facilitar el desarrollo integral.

Implicaciones pedagógicas y educativas

- Ofrecer estimulación táctil y auditiva rica y variada desde los primeros meses.
- Utilizar el lenguaje como canal privilegiado para construir conocimientos.
- Diseñar actividades que promuevan la exploración activa del entorno y el desarrollo de la orientación espacial.
- Considerar el proceso compensatorio natural en la planificación educativa, respetando tiempos individuales.

<u>Análisis del desarrollo afectivo y social en niños ciegos</u>

1. Doble nivel de influencia del déficit visual

Según Vianello y Bolzonella, la discapacidad visual influye en dos niveles:

- **Directamente**, afectando el desarrollo psicofísico del niño (por ejemplo, en la movilidad, orientación y autonomía).
- **Indirectamente**, impactando el desarrollo psicológico y emocional (por ejemplo, en la construcción del vínculo afectivo o en la socialización).

Ambas influencias deben analizarse considerando las diferencias individuales y el contexto familiar y educativo, ya que no todos los niños ciegos se desarrollan del mismo modo.

2. Desarrollo temprano del apego

- Desde el nacimiento, todos los bebés (incluso los no videntes) emiten señales comunicativas básicas como el llanto, la sonrisa y los vocalizos.
- Estas señales no son intencionales al inicio, pero provocan respuestas en los cuidadores, activando así el proceso de formación del apego.
- El niño ciego, aunque no puede establecer contacto visual, sí responde a la voz y al contacto físico.

- Sin embargo, algunas etapas del apego pueden retrasarse, debido a:
    - La falta de contacto visual como canal de interacción temprana.
    - Una limitación en la exploración espontánea del entorno, ligada al retraso en la motricidad.
    - Actitudes sobreprotectoras de los adultos, que pueden restringir la autonomía.

3. Interacciones madre-bebé

- El desarrollo afectivo del niño ciego se ve favorecido cuando la madre:
    - Adapta su comportamiento comunicativo a las necesidades del niño.
    - Estimula el contacto físico y vocal.
    - Motiva la exploración activa (por ejemplo, invitando al niño a tocar su rostro).
- A partir de los 4 meses, los niños ciegos comienzan a explorar el rostro de la madre con las manos, iniciando formas de interacción lúdica.
- La principal diferencia con los niños videntes está en que la madre del niño ciego debe involucrarse de forma más activa, constante y estructurada para favorecer esa interacción.

4. Expresividad emocional y lectura de emociones

- Estudios de Masini y Antonietti muestran que los niños ciegos tienen una competencia expresiva básica que les permite:
    - Expresar emociones (como alegría, tristeza, enojo) de manera comprensible.
    - Interpretar emociones ajenas, incluso sin ver los gestos faciales, utilizando la voz, el tono, la postura y el contacto físico.

5. Relaciones con los pares y socialización

- El niño ciego puede enfrentar obstáculos en las relaciones con sus compañeros, especialmente si:
    - Persiste una tendencia egocéntrica (usar el propio cuerpo como único punto de referencia).
    - Hay dificultades para interpretar señales sociales visuales (como miradas, gestos o expresiones faciales).
- Para promover la integración social, se recomienda:
    - Juegos dirigidos por adultos competentes, que faciliten la interacción y las reglas compartidas.
    - Fomentar experiencias en grupo desde una edad temprana, en ambientes inclusivos y seguros.

Conclusión general

- A pesar de los límites sensoriales, el niño ciego posee capacidades emocionales y sociales comparables a las de sus pares videntes, siempre que reciba apoyos adecuados desde el entorno.
- La clave está en la calidad de las interacciones tempranas, en la estimulación adaptada y en una educación emocional rica y sensible.
- La relación afectiva con el adulto cuidador cumple un papel fundamental en el desarrollo del niño ciego, quien necesita más que nunca un entorno que combine seguridad emocional, confianza y motivación para explorar el mundo.

Implicaciones educativas y familiares

- Promover la estimulación táctil y auditiva desde el nacimiento.

- Favorecer el contacto emocional mediante el lenguaje afectivo, el tono de voz y el juego compartido.
- Evitar la sobreprotección, permitiendo que el niño explore, se equivoque y aprenda desde su experiencia.
- Fomentar la interacción entre pares, mediada si es necesario, con juegos accesibles e inclusivos.
- Instruir a las familias y educadores para que reconozcan las formas no visuales de expresión emocional del niño.

Análisis del desarrollo lingüístico en niños con ceguera

1. Importancia de las modalidades preverbales

- El desarrollo del lenguaje comienza con formas de interacción preverbales, como:
  - El contacto visual, que regula los intercambios afectivos tempranos.
  - La atención conjunta hacia objetos o personas.
  - El uso de gestos comunicativos (como señalar o mostrar).
- Estas modalidades suelen estar comprometidas en el niño ciego, debido a la ausencia de visión, lo que puede afectar los inicios del lenguaje.

2. Etapas iniciales del desarrollo vocal

- Hasta los 6-7 meses, no se observan diferencias en las vocalizaciones entre bebés videntes y ciegos.
- Después de esta edad:
  - Los bebés ciegos tienden a ser menos loquaces, pero siguen siendo receptivos a los estímulos verbales.
  - Esto indica que la motivación comunicativa permanece activa, aunque con menos recursos sensoriales.

3. Diferencias en el input comunicativo de los padres

Según estudios de Moore y Conachie:

- Los padres de niños ciegos tienden a:
  - Iniciar con mayor frecuencia la interacción, pero usando casi exclusivamente comentarios verbales (debido a la falta de referentes visuales compartidos).
  - Formular más preguntas, especialmente para verificar conocimientos (por ejemplo: "¿Cómo se llama este objeto?").
  - Hacer referencias verbales a objetos potencialmente interesantes, aunque no estén presentes, mientras que los padres de niños videntes hacen referencia a objetos visibles en el contexto.

Esto refleja un estilo de interacción más verbalizado y dirigido, que puede no favorecer del todo el aprendizaje del lenguaje funcional y espontáneo.

4. Estilo conversacional en la primera infancia

Estudios sobre niños ciegos y videntes hacia el tercer año de vida indican que:

- Los niños ciegos:
  - **Producen menos enunciados por turno conversacional** que sus madres, en comparación con los niños videntes que equilibran más la cantidad.
  - **Reciben preguntas más cerradas o comprobatorias** (sobre nombres o características de objetos).

- Las madres de ambos grupos usan un número similar de **frases directivas** (órdenes, sugerencias), por lo que la diferencia no está en el control del discurso, sino en su **contenido y finalidad**.

5. Hiperverbalismo y diferencias cualitativas posteriores

- En etapas posteriores del desarrollo (edad preescolar en adelante), no se encuentran grandes diferencias estructurales en el lenguaje.
- Sin embargo, algunos autores observan en los niños ciegos una tendencia al hiperverbalismo, es decir:
    - Uso intensivo del lenguaje verbal como herramienta principal para explorar, expresarse y relacionarse.
    - Recurso compensatorio frente a la imposibilidad de utilizar gestos o expresiones visuales.

6. Conclusión general

- Los niños ciegos desde el nacimiento adquieren el mismo vocabulario y estructuras sintácticas que los niños videntes, y en un orden muy similar.
- No obstante, la calidad del intercambio lingüístico inicial se ve modificada, debido a:
    - Limitaciones perceptivas.
    - Adaptaciones parentales que, si no están bien equilibradas, pueden afectar la espontaneidad del lenguaje.
- Es fundamental que los adultos y educadores:
    - Promuevan un lenguaje funcional, contextualizado y rico en experiencias.
    - Fomenten la interacción verbal recíproca y no sólo instructiva.
    - Ofrezcan estímulos multisensoriales (táctiles, sonoros) que conecten el lenguaje con la realidad.

Implicaciones educativas y familiares

Aspecto	**Dificultad Potencial**	**Recomendaciones**
Contacto visual y atención conjunta	No disponible naturalmente	Sustituir con **contacto táctil** y **uso de la voz**.
Vocalizaciones espontáneas	Disminuyen tras los 6-7 meses	**Estimular el juego vocal** y responder a todos los sonidos del niño.
Interacción adulto-niño	A menudo unilateral y verbal	Fomentar **intercambios reales**, no solo preguntas cerradas.
Referentes concretos	Ausencia de objetos visuales compartidos	Usar **referencias táctiles** y reales, promover **experiencias físicas**.
Estilo comunicativo	Riesgo de hiperverbalismo	Favorecer la **variedad de funciones del lenguaje** (narrar, imaginar, preguntar, etc.).

DESARROLLO DEL NIÑO NO VIDENTE			
Área de desarrollo	**Características principales**	**Dificultades observadas**	**Estrategias o apoyos recomendados**

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Sviluppo motorio (Motricidad)	El desarrollo motor es más lento y desorganizado debido a la falta de estímulos visuales. Hay conexión directa entre vista, postura y prensión.	- Retraso en la deambulación y coordinación - Uso limitado de las manos en la exploración (“mani cieche”) - Inseguridad motora y poca autonomía	- Estimulación temprana de la actividad motora y exploración - Crear un entorno seguro y estructurado - Apoyo verbal y táctil para orientar el movimiento - Incentivar verbalización de acciones
Sviluppo cognitivo (Cognición)	El conocimiento se construye mediante el tacto y el oído. El niño necesita más tiempo para desarrollar conceptos abstractos y espaciales.	- Retraso en la noción de permanencia del objeto - Dificultad en tareas de conservación (cantidad, peso) - Representaciones espaciales limitadas - Uso de referencias egocéntricas	- Fomentar experiencias multisensoriales - Reforzar el lenguaje como mediador cognitivo - Favorecer aprendizajes activos y manipulativos - Estimulación del pensamiento abstracto y semántico
Sviluppo affettivo e sociale (Afectividad y relaciones)	Los procesos de apego, interacción y separación siguen trayectorias similares, aunque con más esfuerzo. La relación con los iguales requiere mediación.	- Dificultades en el contacto inicial (no hay mirada) - Posible retraso en el proceso de individuación - Tendencia a la sobreprotección - Problemas en relaciones entre pares (egocentrismo)	- Uso del contacto físico y la voz para crear vínculos - Apoyar la autonomía progresiva del niño - Actividades lúdicas dirigidas para fomentar la socialización - Sensibilización del entorno (familia y escuela)
Sviluppo linguistico (Lenguaje)	El desarrollo del lenguaje es globalmente similar, aunque con peculiaridades. El lenguaje se convierte en el canal principal para	- Menor producción espontánea - Hiperverbalismo en etapas posteriores - Poca conexión	- Estimular el lenguaje funcional y situacional - Favorecer conversaciones recíprocas

	conocer el mundo.	entre el lenguaje y objetos presentes - Riesgo de lenguaje descontextualizado	- Utilizar estímulos táctiles y sonoros reales - Involucrar al niño en experiencias que conecten palabra y acción

Disabilità multipla (Pluridisabilità)

La pluridisabilità **no es simplemente la suma de varias discapacidades**, sino un **sistema complejo e interdependiente** en el que múltiples condiciones (cognitivas, sensoriales, motoras) **interactúan de forma dinámica**, generando una afectación global mucho más profunda. Este sistema está influenciado por factores tanto **internos** (estado físico y emocional del individuo) como **externos** (familia, escuela, entorno social).

Elemento común: dificultad para:

- Armonizar la información sensorial recibida.
- Aprender de las experiencias.
- Retener memorias significativas.

La clasificación en **tres niveles** permite entender la amplitud y gravedad del cuadro clínico:

Nivel	Descripción	Características clave
Pluridisabilità lieve	Déficits presentes, pero no limitan significativamente la autonomía ni las capacidades de interacción.	Puede haber cierta dificultad motora, cognitiva o sensorial, pero la persona mantiene funcionalidad global.
Pluridisabilità media	Alteraciones más evidentes, especialmente en el desarrollo motor e intelectual, posiblemente acompañadas de déficits sensoriales.	Interfiere con el desarrollo global del niño, comprometiendo comunicación, aprendizaje y movimiento.
Pluridisabilità grave	Grave discapacidad intelectual y motora, ausencia total del lenguaje, frecuentes déficits sensoriales (particularmente visuales).	Autonomía extremadamente limitada. Gran dificultad para percibir, expresarse y relacionarse.

Evaluación e intervención. El enfoque necesario es interdisciplinario, dado que se deben abordar diversas dimensiones del desarrollo. La evaluación requiere la colaboración de profesionales como:

- Oftalmólogos
- Neurólogos
- Psicólogos del desarrollo
- Educadores especializados
- Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales

Intervención precoz (0-3 años). Es una **fase crítica** y estratégica. El proyecto educativo y terapéutico debe ser:

- **Global**: abarcar todas las áreas del desarrollo (motora, cognitiva, emocional).
- **Intensivo**: con frecuencia y continuidad.
- **Personalizado**: adaptado al perfil específico del niño.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Objetivos de la intervención precoz:

- Estimular el uso funcional del **residuo visual**, si existe.
- Desarrollar habilidades **sensoriales y perceptivas**.
- Fomentar las **práxias** (uso funcional de las manos).
- Promover la **imaginación motora** (representación mental del movimiento).
- Estimular el **proceso figurativo** (formación de imágenes mentales).

Un proceso continuo a lo largo de la vida. La rehabilitación no termina en la infancia: **Acompañar el desarrollo de competencias** implica:

- **Evocar habilidades** que aún no han emergido.
- **Evitar regresiones funcionales**.
- **Reforzar y sostener capacidades parciales**, aunque frágiles.
- **Apoyar al entorno familiar**, clave para la estabilidad y continuidad del progreso.

La disabilità multipla requiere un enfoque **humanizante, cuidadoso y transversal**. No se trata solo de tratar déficits, sino de construir competencias y garantizar a cada persona, independientemente de la gravedad de su condición, **la posibilidad de expresarse, participar y desarrollarse** dentro de su contexto vital.

Intervenciones Rehabilitativas para Personas con Discapacidad Visual

Área / Etapa	Objetivo Principal	Acciones / Estrategias	Instrumentos / Recursos
Intervención Precoz (0-18 meses)	Estimular los circuitos neurales visuales y perceptivos.	- Uso de materiales luminosos. - Estimulación de funciones superiores (memoria, atención, praxias).	- Materiales visuales estimulantes.
Etapa Escolar	Fomentar autonomía, comunicación y percepción.	- Uso de ayudas ópticas y tecnológicas. - Terapias: logopedia, fisioterapia, psicomotricidad.	- Lentes, grabadoras, programas ampliados.
Edad Adulta	Mantener autonomía y participación social.	- Entrenamiento en uso de tecnología. - Actividades laborales, sociales y educativas.	- Ordenadores adaptados, software con accesibilidad.

Orientación y Movilidad

Objetivo	Estrategias	Instrumentos
Fomentar desplazamiento autónomo y seguro.	- Recorridos guiados progresivos. - Desarrollo de habilidades motoras y espaciales.	- Acompañante vidente. - Bastón blanco. - Perro guía.

Potenziamento dell'efficacia visiva

Objetivo	Acciones clave	Instrumentos
Utilizar el residuo visual de forma significativa.	- Entrenamiento visuo-motor. - Ejercicios en contextos naturales. - Estimulación de	- Lentes especiales. - Dispositivos para aumentar contraste o imagen. - Ordenadores con configuraciones

	localización, seguimiento, luz.	personalizadas.

Sustitución de la función visual (vicariazione)

Objetivo	**Acciones / Aplicaciones**	**Herramientas tecnológicas**
Reemplazar funciones visuales con otros canales sensoriales.	- Enseñar Braille, orientación espacial, uso de TIC.	- **Screen reader** - **Barra Braille** - **Síntesis vocal** - **Impresoras Braille** - **Scanner**

Intervenciones Educativas (40 pautas clave)

Foco	**Ejemplos**
Comunicación	Identificarse con la voz, usar lenguaje claro, no exagerar verbalmente, nombrar personas antes de hablarles.
Interacción física y espacial	Avisar antes de tocar, dar seguridad verbal, enseñar descripciones verbales asociadas a experiencias reales.
Movimiento y orientación	Fomentar autonomía, enseñar izquierda/derecha, usar referencias sonoras, táctiles y olfativas.
Apoyo emocional y motivación	Fomentar autoestima, evitar sobreprotección, brindar estimulación rica y variada, tener expectativas realistas.

Rol de la familia

- Protagonista en la adaptación emocional y práctica al déficit.
- Provee apoyo material, emocional y educativo.
- Participa activamente en el desarrollo del niño desde los primeros meses.

Objetivo central de todos los programas

Promover la autonomía personal, social y funcional del individuo con discapacidad visual, a través de intervenciones globales, precoces, continuas y personalizadas.

DISABILITÀ MOTORIA

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

La discapacidad motoria se refiere a alteraciones en el control postural y en la ejecución del movimiento, las cuales tienen origen orgánico, es decir, están relacionadas con daños estructurales en el sistema nervioso o muscular. Según la localización del daño, se pueden distinguir dos grandes tipos:

Disturbo della funzione motoria da danno periferico	**Disturbo della funzione motoria da danno centrale**
Si verifica una degenerazione progressiva delle fibre muscolari e delle fibre nervose fino a una totale compromissione dell'attività motoria. Tali manifestazioni risultano avere eziologia di origine genetica. In alcune forme molto gravi il decesso avviene entro il 1-2° anno di età, mentre in forme più lievi, si verifica uno sviluppo pressoché normale e la successiva insorgenza di deficit progressivi. Dal punto di vista terapeutico non esistono trattamenti farmacologici efficaci. La fisioterapia risulta l'unica forma di trattamento che consente di prolungare l'efficienza muscolare impedendo il precoce costituirsi di deformità secondarie.	È possibile distinguere tra: • danno specifico: disturbo come diretta conseguenza di un danno alle aree anatomiche. • danno aspecifico: disturbo determinato da una lesione non localizzate nelle aree deputate alla motricità. Il quadro sintomatologico si caratterizza anche per la presenza di deficit cognitivi.

Características adicionales:

- El cuadro clínico es más complejo, ya que puede incluir discapacidad intelectual, problemas sensoriales o del comportamiento.
- Es común en condiciones como la parálisis cerebral infantil o lesiones perinatales.

La disabilità motoria puede tener múltiples orígenes y manifestaciones, lo que exige una evaluación precisa para diseñar intervenciones adecuadas. Mientras el daño periférico suele conllevar una degeneración progresiva de la motricidad, el daño central puede presentar una mayor complejidad clínica, implicando aspectos cognitivos y sensoriales. En ambos casos, la rehabilitación temprana e individualizada es clave para preservar y desarrollar al máximo las capacidades funcionales del individuo.

Parálisis Cerebral Infantil (PCI)

La **Parálisis Cerebral Infantil** es un grupo de trastornos neuromotores no progresivos, causados por una lesión cerebral temprana, que afecta el movimiento, la postura y la coordinación motora. Esta lesión puede producirse durante la vida fetal, el parto o los primeros años de vida. Aunque la lesión no empeora con el tiempo, las manifestaciones motoras pueden cambiar a medida que el cerebro madura.

Características principales

- Lesión no progresiva pero persistente, que afecta al sistema motor.
- Se presenta tempranamente, y sus efectos perduran de forma crónica.
- Puede afectar también la comunicación, el lenguaje, la visión, el desarrollo intelectual y el control emocional.

Causas según el momento de aparición

Momento de aparición	**Causas principales**
Prenatales	- Malformaciones congénitas del SNC - Factores genéticos - Isquemia fetal (falta de oxígeno antes

	del parto)
Perinatales	- Asfixia durante el parto - Hemorragias cerebrales - Prematuridad con complicaciones respiratorias
Postnatales	- Traumatismos craneales - Infecciones del SNC (meningitis, encefalitis) - Exposición a agentes tóxicos - Episodios de anoxia

En muchos casos, el daño cerebral se debe a un proceso llamado **leucomalacia**: destrucción del tejido blanco por falta de oxígeno.

Síntomas asociados

- 80% presentan problemas graves de lenguaje o lenguaje inexistente.
- 30% presentan epilepsia.
- La gravedad del trastorno motor varía según la localización y el tamaño de la lesión cerebral.

Tipos principales de parálisis cerebral

Se clasifican en tres **síndromes motores principales**, con distintas formas clínicas:

Síndrome	Subtipos	Características
Síndrome Espástico	- **Tetraplejia** (afecta a los 4 miembros) - **Diplegia espástica** (piernas más afectadas) - **Hemiplejia espástica** (un lado del cuerpo)	- Rigidez muscular y reflejos exagerados. - Tetraplejia: dependencia total, posibles trastornos visuales, mentales, epilepsia. - Diplegia: deambulación posible, frecuentes contracturas y deformidades. - Hemiplejia: epilepsia parcial, lenguaje afectado según el hemisferio lesionado.
Síndrome Atáxico	- Ataxia congénita - Diplegia atáxica	- Problemas de **coordinación motora**, equilibrio e **hipotonía** (falta de tono muscular). - Desarrollo motor y del lenguaje retrasados. - A veces asociado a discapacidad intelectual.
Síndrome Discinético	- Forma atetósica - Forma distónica	- Movimientos involuntarios, lentos, incontrolados. - Tono muscular variable: desde hipotonía hasta posturas rígidas similares a las espásticas. - Dificultades graves de movimiento voluntario.

La parálisis cerebral infantil es una condición neurológica compleja y multifacética, que afecta principalmente la motricidad, pero también puede comprometer otras áreas como el lenguaje, la percepción y el desarrollo intelectual. Aunque la lesión no progresa, sus efectos pueden modificarse con la edad, por lo que la atención temprana, el seguimiento médico especializado y una intervención multidisciplinaria son fundamentales para mejorar la calidad de vida del niño.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

El desarrollo del conocimiento en niños con PCI

Los trastornos cognitivos en niños con PCI pueden derivarse directamente del daño cerebral en zonas responsables de funciones intelectuales superiores. El desarrollo del conocimiento en la infancia se basa en la exploración activa del entorno, lo que en estos niños se ve afectado por las limitaciones motoras.

Puntos clave:

1. **Exploración = base del conocimiento**:
    - En los primeros años, los niños aprenden mediante la manipulación y la acción sobre objetos.
    - Estas acciones permiten formar representaciones mentales del mundo y son la base del razonamiento.
2. **Importancia de la intención (Bruner)**:
    - El conocimiento no depende solo del acto motor en sí, sino de la intención de actuar: el niño forma una hipótesis, planifica y trata de alcanzar un objetivo.
    - Esta intención muestra que el niño posee iniciativa cognitiva, aunque su motricidad esté comprometida.
3. **Implicaciones educativas y terapéuticas**:
    - El intervencionismo clínico y pedagógico debe centrarse en detectar intenciones, planes y curiosidad del niño, más allá de sus impedimentos motores.
    - Se proponen instrumentos como:
        - Las escalas de Uzgiris-Hunt, que evalúan la inteligencia funcional.
        - Tecnología de apoyo, que permite la interacción con el entorno sin necesidad de movimientos complejos.

La clave está en no subestimar el potencial cognitivo del niño con PCI por su limitación motora. La intervención debe estimular la intención, la planificación y la exploración activa con apoyos alternativos.

El aprendizaje y el control motor en niños con PCI

El niño nace con un conjunto de módulos motores innatos, que pueden evolucionar gracias a la experiencia. La PCI afecta este proceso, por lo que es necesario analizar las distintas fases del control motor para elaborar estrategias de intervención efectivas.

Elementos del sistema motor innato:

1. Repertorio motor innato: son secuencias básicas de movimiento preconfiguradas en el cerebro, por ejemplo, reflejos, movimientos de succión, etc.
2. Sistema de selección y adaptación: permite modificar y complejizar las secuencias innatas para adaptarlas al entorno.
3. Sistema de control: supervisa la ejecución del acto motor y permite hacer correcciones en tiempo real o redefinir la acción si es necesario.

Evaluación en niños con PCI:

Dado que la PCI interfiere con este sistema, la **evaluación debe ser integral**, considerando:

- Sensaciones y percepción (visión, audición, tacto…)
- Desarrollo cognitivo
- Organización praxica y perceptiva (capacidad de planificar y ejecutar acciones)
- Aspecto afectivo-emocional

Además, se analiza la **ejecución motora** en diferentes niveles:

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Función evaluada	Qué se analiza
Postura	Control del tronco y equilibrio
Deambulación	Capacidad para caminar
Motricidad ocular	Movimiento coordinado de los ojos
Manipulación fina	Movimientos pequeños con manos y dedos
Motricidad buco-facial	Movimiento de labios, lengua y cara
Fonación y alimentación	Capacidad para hablar y comer

El niño con PCI tiene un sistema motor alterado, pero si se analizan cuidadosamente sus capacidades y limitaciones, es posible intervenir de manera específica para mejorar la funcionalidad motora y la autonomía.
Ambos temas subrayan que, en la PCI:

- El **conocimiento y el control motor están profundamente interrelacionados**.
- A pesar de los déficits motores, los niños pueden tener una **actividad cognitiva rica** y una **intención de interactuar** con el entorno.
- El rol del adulto es **facilitar esa exploración** mediante apoyos adecuados, tecnología, evaluación funcional y estrategias educativas personalizadas.

La valutazione – El perfil funcional multidimensional

La evaluación de un niño con discapacidad motora (por ejemplo, parálisis cerebral) debe realizarse de manera integral y multidimensional. Por ello, las sociedades científicas SIMFER (Medicina Física y Rehabilitación) y SINPIA (Neuropsiquiatría Infantil) proponen un sistema multiaxial de 8 ejes, que permite construir un perfil funcional completo del paciente.

Ejes del sistema multiaxial:

Eje	Contenido
1. Motricità	Localización y naturaleza del déficit motor
2. Anamnesi lesionale	Historia clínica del daño (época, tipo, extensión)
3. Anamnesi riabilitativa	Información desde el diagnóstico y sobre intervenciones anteriores
4. Complessità	Trastornos sensoriales, neuropsicológicos, y del aprendizaje
5. Complicanze	Otros problemas de salud o factores de riesgo contextuales
6. Famiglia	Situación familiar y su influencia en el desarrollo
7. Servizi di riabilitazione	Estado de activación de servicios terapéuticos y educativos
8. Comunità infantile	Acceso del niño a servicios comunitarios y relaciones sociales

Este enfoque promueve una **mirada global** que no solo considera el daño físico, sino también los factores familiares, sociales y educativos, fundamentales para el desarrollo y bienestar del niño.

La spina bifida – Origen, consecuencias y desarrollo

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

La **espina bífida** es un trastorno del desarrollo neurológico que afecta la formación de la médula espinal durante la gestación, provocando consecuencias motoras, cognitivas y fisiológicas de diferente gravedad.

Aspectos esenciales:

1. **Origen**:
    - Fallo en el cierre del **tubo neural** durante el desarrollo embrionario.
    - Provoca una **fenditura vertebral** por la que protruyen membranas o estructuras espinales.
2. **Localización y consecuencias**:
    - El 80% de los casos afecta la región lumbo-sacra.
    - Puede producir dificultades motoras, incontinencia urinaria/fecal, y riesgo de daño renal.
3. **Intervención quirúrgica**:
    - Suele realizarse en los primeros días de vida para prevenir infecciones o por razones estéticas.
4. **Dificultades asociadas**:
    - Problemas en:
        - Coordinación visuo-motora
        - Atención y memoria
        - Comprensión y planificación
        - Hiperactividad

La espina bífida no solo implica una alteración motora, sino también trastornos neuropsicológicos que requieren un abordaje interdisciplinar y precoz.

<u>Lo sviluppo psicologico – Impacto emocional de la discapacidad motora</u>

La motricidad es fundamental para el desarrollo psicológico, ya que a través del movimiento el niño interactúa, conoce el mundo y construye su identidad. En los niños con parálisis cerebral, las limitaciones motoras pueden obstaculizar ese desarrollo, afectando la autonomía, la autoestima y las relaciones sociales.

Puntos clave:

1. **Motricidad = desarrollo del yo**:
    - Mediante el movimiento, el niño estructura su **identidad** y su **experiencia subjetiva**.
2. **Dependencia emocional**:
    - Es común que el niño con PCI desarrolle **hiperdependencia** de la madre y dificultad para tolerar la separación.
3. **Conciencia de la discapacidad**:
    - Surge al desarrollarse el lenguaje y la percepción.
    - En la adolescencia, esta conciencia puede generar **depresión** al compararse con sus pares.
4. **Consecuencias emocionales y sociales**:
    - El joven puede:
        - Retirarse de la realidad (refugiarse en la fantasía)
        - Crear **imágenes compensatorias falsas** de sí mismo
        - Experimentar **aislamiento social** y dificultades en la interacción
5. **Impacto en el aprendizaje informal**:
    - El alejamiento del grupo de pares limita el **aprendizaje por observación**, crucial en la adolescencia para el desarrollo de habilidades sociales y culturales.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

El desarrollo psicológico en niños con discapacidad motora requiere atención no solo médica y rehabilitativa, sino también **emocional y relacional**, especialmente durante la adolescencia, etapa clave para la construcción del yo y de las relaciones significativas.

Tema	Aspecto central
Evaluación funcional	Evaluar a la persona desde múltiples dimensiones: motora, clínica, emocional, familiar y social.
Espina bífida	Malformación congénita con consecuencias motoras y neuropsicológicas que varían según la localización.
Desarrollo psicológico	Las limitaciones motoras afectan la construcción de la identidad, la autoestima y las relaciones.

Estos temas, abordados de forma conjunta, resaltan la necesidad de un enfoque **integral, interdisciplinar y humanizado** en el acompañamiento de niños con discapacidad motora.

Gli aspetti relazionali

Este apartado subraya que el impacto de la discapacidad motora va más allá del ámbito físico, afectando significativamente las relaciones familiares, sociales y la calidad de vida del niño.

1. **I genitori – La vivencia familiar de la discapacidad**
   - Los padres, especialmente las madres, suelen **centrarse excesivamente en la "parte enferma" del niño**, sin integrar su complejidad como persona completa.
   - Es común que los profesionales necesiten **intervenir sobre las expectativas familiares**, más allá del acompañamiento técnico.
   - Las familias con un clima emocional positivo pueden **moderar el impacto del estrés**, favoreciendo la adaptación.
   - Factores que influyen en el bienestar de los padres:
     - Comportamiento y necesidades del niño.
     - Carga de cuidados.
     - Funcionamiento familiar.
     - Apoyo social, autoestima y capacidad de afrontamiento.

Para lograr una intervención eficaz, es fundamental considerar **el bienestar psicoemocional de la familia** como un componente esencial del proceso de rehabilitación.

2. L'interazione con i pari – Relación con otros niños

- Las características físicas y de comportamiento suelen ser criterios primarios para que los niños establezcan relaciones; por ello, los niños con discapacidades motoras pueden ser excluidos o percibidos como "menos atractivos".
- En los primeros momentos escolares, los compañeros pueden iniciar interacciones, pero estas tienden a disminuir con el tiempo.
- Muchas veces, estos niños no conocen estrategias para iniciar y mantener relaciones de amistad.
- Los pares tienden a adoptar actitudes asistencialistas, ofreciendo apoyo físico, pero no necesariamente estableciendo vínculos afectivos profundos.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Es crucial el rol del adulto mediador (docente o terapeuta) para facilitar la inclusión social y ayudar al niño a desarrollar habilidades relacionales auténticas.

3. La qualità della vita – Bienestar integral y salud mental

- Los niños con PCI presentan un riesgo **mayor de problemas de salud mental** (emocionales y conductuales).
- Factores que influyen negativamente en su calidad de vida:
  - Dificultades motoras → afectan el bienestar físico.
  - Dificultades cognitivas → reducen la autonomía.
  - Problemas de comunicación → dificultan la relación con los padres.
  - **El dolor físico y el cansancio** predicen mayores dificultades en la vida cotidiana, especialmente en el contexto escolar.

La calidad de vida no depende solo del tipo o grado de discapacidad, sino de aspectos como el dolor, la fatiga y la red de apoyo emocional y social.

Interventi – Nuevas perspectivas rehabilitativas

Este apartado propone una visión moderna y más inclusiva de la intervención, centrada en el potencial del niño y en su integración social.

Neuroni specchio y aprendizaje motor

- Se destaca el papel de las neuronas espejo: observar un movimiento y realizarlo simultáneamente favorece la formación de la memoria motora.
- Implica que los ejercicios deben incluir observación activa y ejecución, no solo repetición mecánica.

Intervención conjunta padres-hijos

- El proceso de rehabilitación debe ser **compartido entre profesionales, niños y padres**.
- El enfoque no se limita a "reparar" lo que está dañado, sino a **crear condiciones para la integración real** del niño en su entorno.

De la rehabilitación a la integración

- Se cuestiona la palabra “rehabilitación” cuando se trata de discapacidad motoria: muchas veces, el problema no es la discapacidad en sí, sino la marginalización que produce el entorno.
- Por ello, el objetivo no es solo mejorar funciones físicas, sino favorecer la integración plena en la vida cotidiana, escolar y social.

La intervención debe ir más allá del plano clínico y motor, siendo inclusiva, contextual y basada en el entorno. Integrar significa reconocer la dignidad del niño y permitirle participar activamente en la sociedad.

Tema	Aspecto central
Relaciones familiares y sociales	La discapacidad impacta profundamente el entorno familiar, las relaciones con los pares y la salud emocional del niño.
Intervenciones terapéuticas	Se propone un enfoque basado en la integración, el aprendizaje motor mediante neuronas espejo y el trabajo conjunto con las familias.

Estos temas subrayan que la intervención no puede centrarse únicamente en lo físico o motor, sino que debe tener un enfoque bio-psico-social, que considere la persona, su entorno, su historia y sus relaciones.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

DISABILITÀ INTELLETTIVA

1. Inquadramento storico delle definizioni

Transición terminológica: de “**ritardo mentale” a “disabilità intellettiva**”. Durante muchos años, el término "ritardo mentale" (retraso mental) fue utilizado comúnmente en la literatura clínica y educativa para describir a personas con importantes limitaciones cognitivas. Sin embargo, con el tiempo, este término comenzó a ser considerado estigmatizante y reductivo, ya que da una imagen fija y negativa de la persona. Por ello, el término más aceptado actualmente es “disabilità intellettiva”, que se alinea mejor con los marcos conceptuales contemporáneos como el ICF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud). Este enfoque:

- Enfatiza la interacción entre la persona y el ambiente.
- Reconoce que el funcionamiento humano puede mejorarse con apoyos personalizados.
- Se basa en una perspectiva ecológica, que considera el contexto social, educativo y familiar en el que vive la persona.

Definición diagnóstica tradicional (DSM-IV-TR)

El DSM-IV-TR define el “ritardo mentale” como una condición caracterizada por:

1. Bajo cociente intelectual (QI inferior a 70).
2. Dificultades significativas en el funcionamiento adaptativo (es decir, en la vida cotidiana).
3. Inicio en la edad evolutiva (antes de los 18 años).

Esta definición médica, centrada en el déficit, hoy es considerada incompleta, porque no contempla la variabilidad funcional ni el potencial de desarrollo del individuo.

Críticas al sistema de clasificación. Diversos estudiosos (como Landesman y Ramey, o MacMillan, Gresham y Siperstein) señalan que:

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

- Las personas con el mismo diagnóstico presentan perfiles funcionales, reacciones al tratamiento y evoluciones muy distintas.
- Es por eso que se discute la utilidad de una clasificación única, especialmente para los casos leves, que podrían beneficiarse más de descripciones centradas en habilidades y contextos.
- Se propone que el término disabilità intellettiva abarque una constelación diversa de condiciones, y que se estudie cada caso desde una perspectiva individualizada y contextual.

Aportes del nuevo enfoque. Este nuevo encuadre, que da prioridad a la interacción entre persona y entorno, desplaza el foco de atención del déficit a las potencialidades. A partir de aquí:

- La discapacidad intelectual ya no se considera inherente a la persona, sino como el resultado de una interacción dinámica entre limitaciones personales y barreras ambientales.
- El apoyo educativo, social y familiar puede tener un impacto positivo y significativo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona.

La evolución del concepto desde “ritardo mentale” hacia “disabilità intellettiva” refleja un cambio de paradigma profundo: ya no se trata de diagnosticar y etiquetar, sino de comprender, acompañar e intervenir de manera personalizada e inclusiva, valorizando la diversidad de trayectorias individuales y evitando generalizaciones.

2. Cause della Disabilità Intellettiva

La discapacidad intelectual no tiene una causa única. Se trata de una condición multifactorial, en la que pueden intervenir factores biológicos, genéticos, ambientales y sociales. El documento organiza las causas en tres momentos temporales clave: prenatales, perinatales y postnatales. A continuación, se analiza cada uno:

Causas prenatales. Estas son las causas que actúan antes del nacimiento, durante el desarrollo intrauterino del feto. Incluyen:

- Factores genéticos: alteraciones cromosómicas como la trisomía 21 (Síndrome de Down), el síndrome del X frágil, u otras mutaciones hereditarias.
- Malformaciones congénitas del sistema nervioso central.
- Infecciones intrauterinas: como rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus, que pueden interferir con el desarrollo cerebral.
- Factores tóxicos: consumo de alcohol, drogas o ciertos medicamentos por parte de la madre durante el embarazo.
- Condiciones metabólicas o endocrinas: como la fenilcetonuria no tratada.

Estas causas suelen provocar alteraciones irreversibles en la estructura y funcionamiento del sistema nervioso.

Causas perinatales. Son las que ocurren durante el parto o en los momentos inmediatos al nacimiento, e incluyen:

- Anoxia o hipoxia perinatale (falta de oxígeno durante el parto): puede producir daño cerebral significativo.
- Partos prematuros o complicaciones obstétricas severas.
- Hemorragias intracraneales o traumatismos obstétricos.
- Bajo peso al nacer, que está asociado a mayor vulnerabilidad neurológica.

Estas causas pueden estar relacionadas con un sistema de atención médica inadecuado o con factores de riesgo preexistentes.

Causas postnatales. Se refieren a las causas que se producen después del nacimiento y pueden afectar al desarrollo neurológico infantil. Entre ellas:

- Infecciones del sistema nervioso central: meningitis, encefalitis.
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Intoxicaciones severas.
- Malnutrición crónica.
- Privación ambiental o afectiva severa (entornos carentes de estimulación, negligencia extrema).
- Trastornos metabólicos adquiridos.

Comorbilidad y complejidad diagnóstica. En muchos casos, la disabilità intellettiva no es atribuible a una sola causa, sino que se trata de una interacción compleja de factores. Por ejemplo:

- Un niño con predisposición genética puede desarrollar un cuadro más severo si se suma un ambiente carente de estimulación.
- Algunos casos no tienen una causa identificable con claridad, lo que plantea un reto diagnóstico.

En resumen

Tipo de causa	**Ejemplos principales**
Prenatales	Genéticas, infecciones, tóxicos, malformaciones.
Perinatales	Anoxia, parto prematuro, hemorragias.
Postnatales	Infecciones, traumatismos, carencias nutricionales o afectivas.

Esta comprensión etiológica amplia permite diseñar mejores estrategias de prevención, diagnóstico precoz e intervención adaptada, abordando no solo los síntomas, sino también los contextos de riesgo.

3. La valutazione nella Disabilità Intellettiva

La evaluación de la discapacidad intelectual no puede reducirse únicamente a una medición del cociente intelectual (QI), sino que requiere una visión multidimensional, que incluya el funcionamiento adaptativo, el contexto, los recursos personales y las necesidades específicas de la persona. Para ello, se emplean tres tipos de diagnósticos complementarios:

3.1 La diagnosi medica

La **diagnosis médica** se centra en la **identificación de las causas orgánicas y neurológicas** que pueden estar en la base de la disabilità intellettiva. Esta evaluación la realiza un médico especialista (neurólogo, genetista, pediatra, psiquiatra infantil).

Objetivos principales:

- Detectar lesiones cerebrales, síndromes genéticos, malformaciones o enfermedades metabólicas.
- Realizar exámenes instrumentales (TAC, resonancia magnética, electroencefalograma) y análisis genéticos.
- Evaluar si la discapacidad forma parte de una patología más amplia (como el síndrome de Down, X frágil, etc.).

Esta etapa es esencial para:

- Tener un diagnóstico etiológico preciso.
- Planificar intervenciones médicas específicas o tratamientos preventivos.
- Determinar el pronóstico evolutivo.

3.2 La diagnosi psicometrica e psicologica

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Aquí intervienen psicólogos, pedagogos o neuropsicólogos infantiles. Se trata de una evaluación que analiza las capacidades cognitivas generales y el funcionamiento adaptativo del niño.

Componentes principales:

- **Test psicométricos de inteligencia** (como WISC, WPPSI, Stanford-Binet): miden razonamiento verbal, memoria, atención, habilidades lógico-matemáticas, etc.
- **Evaluación del funcionamiento adaptativo**, que abarca:
  - Autonomía personal
  - Habilidades comunicativas
  - Socialización
  - Desempeño académico
  - Resolución de problemas cotidianos

Importante: No basta con detectar un QI bajo. El diagnóstico requiere dificultades significativas también en la vida diaria, según los criterios del DSM-5.

3.3 La valutazione clinica

Es una fase clave donde se realiza una síntesis comprensiva del caso, integrando los datos médicos, psicométricos y contextuales. Aquí se exploran:

- Habilidades y limitaciones reales del sujeto, más allá de los test.
- Dinámicas familiares y educativas.
- Posibles comorbilidades (como TDAH, autismo, trastornos del lenguaje).
- Relación del niño con el entorno, grado de motivación, respuestas emocionales, resiliencia.

Herramientas comunes:

- Observación directa
- Entrevistas con padres y docentes
- Escalas de desarrollo (por ejemplo, Escalas de Uzgiris-Hunt)
- Cuestionarios de comportamiento adaptativo y socioemocional.

Esta evaluación tiene un valor pronóstico y terapéutico, ya que permite elaborar un proyecto educativo personalizado (PEI) o una intervención clínica eficaz y ajustada.

En resumen

Tipo de evaluación	Finalidad principal
Médica	Identificar causas orgánicas/genéticas; planificar tratamiento médico.
Psicométrica/ psicológica	Medir inteligencia y funcionamiento adaptativo; establecer nivel y tipo de apoyo.
Clínica	Integrar aspectos médicos, psicológicos y contextuales; diseñar intervención.

La evaluación multidisciplinar es esencial para comprender la complejidad de cada caso de disabilità intellettiva y permite orientar correctamente el diagnóstico, el acompañamiento educativo y los apoyos sociales y familiares.

4. Disabilità intellettiva e sviluppo

La disabilità intellettiva no afecta solo al funcionamiento cognitivo, sino también al conjunto del desarrollo del niño, en especial en los aspectos cognitivos, lingüísticos, sociales y de personalidad. Su impacto varía en función del grado de discapacidad, del entorno familiar y educativo, y de los apoyos recibidos.

4.1 Sviluppo cognitivo e linguistico

Desarrollo cognitivo

- En los niños con discapacidad intelectual, el desarrollo cognitivo es más lento y puede detenerse en etapas evolutivas anteriores a las de sus coetáneos.
- Tienen dificultades en el razonamiento abstracto, la resolución de problemas, la planificación y el pensamiento lógico.
- El aprendizaje se basa más en lo concreto y repetitivo, y requiere apoyos estructurados, visuales y manipulativos.

Desarrollo lingüístico

- El desarrollo del lenguaje puede estar comprometido en todas sus dimensiones: comprensión, expresión, vocabulario, sintaxis y pragmática.
- Los niños con DI leve suelen desarrollar lenguaje oral funcional, aunque limitado; en cambio, los niños con DI moderada o severa pueden tener un lenguaje muy reducido o incluso ausente.
- El retraso en la aparición del lenguaje es uno de los primeros signos que puede alertar sobre una posible discapacidad.
- La comunicación alternativa y aumentativa (CAA) puede ser un recurso importante en casos de lenguaje muy limitado.

Importante: En muchos casos, los déficits lingüísticos afectan también al desarrollo del pensamiento, ya que el lenguaje es una herramienta clave para representar la realidad, regular la conducta y aprender de la experiencia.

4.2 Sviluppo sociale e della personalità

Desarrollo social

- Los niños con discapacidad intelectual pueden presentar dificultades en comprender normas sociales, señales no verbales y dinámicas interpersonales.
- Suelen mostrar una mayor dependencia del adulto y menos iniciativa en las relaciones con los pares.
- Existe un mayor riesgo de aislamiento social o exclusión si el entorno no favorece su participación activa.
- Es frecuente una menor habilidad para resolver conflictos o adaptarse a nuevas situaciones sociales.

La interacción con los iguales es clave para desarrollar habilidades de cooperación, empatía y autonomía.

Desarrollo de la personalidad

- Pueden aparecer inseguridad, baja autoestima o dificultades para autorregular las emociones.
- Las experiencias repetidas de fracaso, rechazo o sobreprotección pueden afectar el desarrollo de una imagen positiva de sí mismo.
- La construcción de la identidad personal puede verse comprometida si el niño no recibe mensajes positivos y realistas sobre sus capacidades.
- A pesar de las dificultades, muchos niños con DI muestran afectividad, empatía y deseo de pertenencia, por lo que es importante promover un entorno afectivo, estructurado y estimulante.

En resumen

Área de desarrollo	**Características en niños con DI**
Cognitiva	Pensamiento concreto, lentitud en el aprendizaje, necesidad de apoyos visuales.
Lingüística	Lenguaje limitado o ausente; dificultades en comprensión, expresión y pragmática.

Social	Dificultades en relaciones con pares, normas sociales y habilidades de interacción.
Personalidad	Inseguridad, baja autoestima, dependencia; necesidad de un entorno afectivo positivo.

La discapacidad intelectual afecta múltiples áreas del desarrollo, pero no impide el crecimiento y la mejora si se proporcionan las condiciones adecuadas. El papel de la familia, la escuela y los profesionales es clave para potenciar las capacidades existentes, favorecer la autonomía y promover un desarrollo equilibrado.

5. L'intervento nella Disabilità Intellettiva

El tratamiento educativo y terapéutico de la disabilità intellettiva debe ser personalizado, precoz, estructurado y multidisciplinar. Su objetivo no es solo enseñar contenidos, sino promover la autonomía, la adaptación al entorno y el bienestar general.

5.1 L'approccio comportamentale

El enfoque comportamental se basa en los principios del análisis aplicado de la conducta (ABA - Applied Behavior Analysis), y ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de muchas personas con DI, especialmente en presencia de comportamientos problemáticos o déficits de habilidades adaptativas.

Principios básicos:

- El aprendizaje se da por asociación entre estímulos y respuestas.
- La conducta es modificable a través del refuerzo (positivo o negativo).
- Los comportamientos se enseñan en pequeñas unidades (micro habilidades) que luego se encadenan.
- El refuerzo positivo (elogios, recompensas, acceso a actividades preferidas) aumenta la probabilidad de repetir una conducta deseada.
- Se aplican técnicas como:
    - **Modelado (modeling):** el adulto muestra cómo se realiza una acción.
    - **Moldeamiento (shaping):** refuerzo de aproximaciones sucesivas hacia la conducta objetivo.
    - **Encadenamiento (chaining):** enseñar pasos secuenciales de una conducta compleja.
    - **Desvanecimiento (fading):** retiro progresivo de apoyos.
    - **Economía de fichas y contratos de conducta.**

Este enfoque es especialmente útil en la enseñanza de habilidades académicas, sociales, de autonomía personal y en el manejo de conductas disruptivas.

5.2 La riabilitazione della metamemoria

La **metamemoria** es el conocimiento que una persona tiene sobre sus propios procesos de memoria y su capacidad para controlar y regular dichos procesos. En niños con discapacidad intelectual, este aspecto suele estar comprometido.

Objetivo:

- Desarrollar en la persona la capacidad de comprender cómo recuerda, cuándo y por qué olvida, y qué estrategias puede usar para memorizar mejor.

¿Qué se hace en esta intervención?

- Se enseñan estrategias de memoria explícitas:
    - Repetición
    - Agrupación o categorización
    - Visualización de imágenes mentales
    - Asociación de palabras con imágenes o sonidos

- Se trabaja sobre la conciencia del proceso memorístico (por ejemplo: “¿Sabes cómo hiciste para acordarte de eso?”).
- Se enseñan técnicas metacognitivas para mejorar la planificación, el control y la evaluación de las tareas.

La intervención sobre la metamemoria mejora el rendimiento académico, la autoconfianza y la capacidad de afrontar tareas de forma más eficaz y autónoma.

En resumen

Enfoque	Características clave
Comportamental (ABA)	Basado en refuerzos, descomposición de conductas complejas, aprendizaje sistemático.
Metamemoria	Entrenamiento en estrategias de memoria y conciencia sobre el propio aprendizaje.

Una intervención eficaz en disabilità intellettiva no debe limitarse a la enseñanza de contenidos, sino que debe trabajar sobre la funcionalidad, la autonomía, la regulación emocional y las estrategias de pensamiento. Los enfoques comportamentales y metacognitivos son complementarios y muy eficaces si se adaptan a las características individuales.

6. Problematiche connesse alle situazioni di gravità

La discapacidad intelectual grave o profunda no representa simplemente una mayor limitación cuantitativa en comparación con la discapacidad leve o moderada, sino que implica una configuración cualitativamente diferente del desarrollo y de las necesidades. Estos casos suponen una interacción compleja de múltiples limitaciones a nivel cognitivo, comunicativo, motor, sensorial y de conducta, lo que implica una necesidad constante de apoyo especializado y multidisciplinar.

Características principales de las situaciones de mayor gravedad

- **Grave limitación del desarrollo cognitivo**: comprensión muy reducida de conceptos, del entorno y de las relaciones causa-efecto.
- **Lenguaje inexistente o muy limitado**, muchas veces sustituido por formas de comunicación alternativa, gestual o conductas no verbales.
- **Escasa autonomía personal**: necesidad de ayuda para todas o casi todas las actividades básicas (alimentación, higiene, movilidad, etc.).
- **Presencia frecuente de comorbilidades**: como trastornos motores (parálisis cerebral), sensoriales (ceguera, sordera), epilepsia, problemas médicos crónicos.
- **Conductas problemáticas**: como autoestimulación, agresividad, autolesiones o conductas repetitivas, que son a menudo formas de expresión o autorregulación.

Implicaciones para la intervención:

1. **Evaluación precisa y personalizada**:
    - Es fundamental un enfoque clínico que evalúe todas las dimensiones del funcionamiento: físico, cognitivo, emocional, relacional y sensorial.
    - Se deben utilizar herramientas adaptadas, como observaciones prolongadas, escalas de comportamiento, entrevistas con la familia y análisis funcionales de la conducta.
2. **Objetivos de intervención realistas**:
    - No se debe pensar solo en el "aprendizaje de contenidos", sino en el desarrollo de capacidades funcionales mínimas, comunicación básica, bienestar emocional y reducción del sufrimiento.

- Prioridad al desarrollo de rutinas previsibles y entornos estructurados que favorezcan la seguridad y la regulación.

3. **Uso de tecnologías y apoyos específicos**:
   - Sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (CAA).
   - Terapias multisensoriales, música, estimulación basal.
   - Apoyos físicos como sillas especiales, ayudas para la movilidad y dispositivos para la alimentación o higiene.
4. **Rol central de la familia**:
   - La familia se convierte en el primer agente educativo y emocional, por lo que necesita ser acompañada, apoyada psicológicamente y formada.
   - En situaciones graves, es frecuente que los cuidadores experimenten altos niveles de estrés, sobrecarga emocional y social, por lo que el apoyo psicosocial debe formar parte del plan de intervención.

Riesgo de exclusión y vulnerabilidad social. Las personas con discapacidad intelectual grave están más expuestas a:

- Aislamiento social.
- Dependencia total de terceros.
- Baja participación en contextos comunitarios.
- Discriminación o trato infantilizante.

Por ello, es crucial trabajar desde una perspectiva inclusiva, ética y de derechos humanos, donde la dignidad, el respeto y la calidad de vida estén en el centro del acompañamiento.

En resumen

Área	**Características en situaciones graves**
Cognitiva	Comprensión muy limitada; necesidad de apoyos permanentes.
Lenguaje y comunicación	Lenguaje oral ausente o mínimo; se requiere CAA o apoyo gestual.
Autonomía personal	Dependencia total o casi total en las actividades básicas.
Comorbilidades	Alta frecuencia de problemas motores, sensoriales, médicos y de conducta.
Intervención	Individualizada, con objetivos funcionales, acompañamiento familiar y uso de tecnologías.

Las situaciones de discapacidad intelectual grave y profunda requieren un abordaje integral, compasivo y altamente especializado. El objetivo principal no es “normalizar” a la persona, sino maximizar su calidad de vida, bienestar emocional, participación y desarrollo personal dentro de sus posibilidades.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

1. Introduzione

Los DSA no deben considerarse simplemente como dificultades escolares pasajeras o como el resultado de una enseñanza inadecuada, sino como **trastornos del neurodesarrollo** que afectan habilidades específicas relacionadas con el aprendizaje (lectura, escritura, cálculo), pese a una **inteligencia global en la norma** y la ausencia de deficiencias sensoriales, neurológicas o ambientales severas.

- Son **específicos** porque afectan solo ciertas funciones cognitivas (como decodificación, ortografía o cálculo), dejando intactas otras habilidades del desarrollo intelectual. Esto permite distinguirlos de las discapacidades globales del desarrollo o de las dificultades de aprendizaje más generalizadas.
- La **importancia de una detección precoz** y de una **evaluación precisa** permita intervenir a tiempo, limitando el impacto negativo en el desarrollo emocional y escolar del niño.
- Si no son adecuadamente reconocidos y abordados, los DSA pueden tener **repercusiones importantes en la autoestima, la motivación y las relaciones interpersonales** del niño. Las frustraciones acumuladas por fracasos escolares repetidos pueden generar ansiedad, evitación y hasta deserción escolar.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

- Actualmente, los DSA se entienden en el marco de un modelo **multifactorial e interactivo**, que tiene en cuenta tanto los factores individuales (neurobiológicos, cognitivos) como los contextuales (familiares, escolares). Esto exige un enfoque interdisciplinario entre psicólogos, docentes, familias y logopedas.

2. Gli aspetti generali

2.1 La definizione

Los **Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)** son definidos como **trastornos del neurodesarrollo** que afectan una o más funciones implicadas en el aprendizaje académico. Estos no dependen de factores como la inteligencia general, problemas sensoriales, déficits neurológicos graves o condiciones socioeducativas desventajosas. Se consideran "**específicos**" porque se manifiestan de manera selectiva en una o más áreas (lectura, escritura, cálculo), y no comprometen globalmente el funcionamiento intelectual del niño. El marco teórico actual, influenciado por modelos como el de Pennington (2006), plantea una visión multifactorial, en la que confluyen factores genéticos, neurobiológicos, cognitivos y ambientales. Esto permite distinguir entre el nivel de causa (etiológico), el nivel cognitivo (procesos mentales alterados) y el nivel conductual (síntomas observables).

2.2 Cause e fattori associati

2.2.1 Le cause

Las causas de los DSA están principalmente relacionadas con **factores neurobiológicos y genéticos**:

- Estudios con neuroimágenes muestran alteraciones estructurales y funcionales en áreas cerebrales involucradas en el procesamiento del lenguaje y el cálculo.
- Existe una **fuerte heredabilidad**: el riesgo de presentar un DSA es significativamente mayor si uno de los padres o hermanos lo tiene.
- Las **anomalías en la migración neuronal** durante el desarrollo prenatal parecen estar en la base de estas diferencias cerebrales.
- Los DSA están asociados a un **perfil neuropsicológico específico**, como déficit en la conciencia fonológica, la memoria de trabajo o la automatización de procedimientos.

2.2.2 L'ambiente

Aunque el ambiente no es la causa primaria de los DSA, sí puede actuar como factor modulador:

- Un entorno rico en estímulos lingüísticos y cognitivos puede mitigar el impacto del trastorno.
- Al contrario, un contexto pobre, negligente o poco estimulante puede agravar las dificultades y retrasar su identificación.
- La calidad de la enseñanza, el estilo educativo familiar y las oportunidades escolares también influyen en la manifestación y evolución del DSA.

2.3 La diffusione

La prevalencia estimada de los DSA se sitúa entre el **3% y el 5%** de la población escolar, aunque algunas fuentes llegan hasta el **10%**, dependiendo de los criterios diagnósticos y las herramientas utilizadas. Los trastornos más frecuentes son:

- **Dislexia**: afecta la lectura (precisión y velocidad).
- **Disortografía**: afecta la escritura ortográfica.
- **Disgrafia**: afecta la calidad del trazo y la escritura manual.
- **Discalculia**: afecta las habilidades numéricas y de cálculo.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

La mayor visibilidad de estos trastornos en los últimos años se debe a una mayor conciencia social, profesional y legislativa, lo que ha permitido avances en diagnóstico, intervención e inclusión educativa.

3. I DSA: l'importanza della cornice teorica

3.1 L'apprendimento della lettura e della scrittura

El aprendizaje de la lectura y la escritura es una de las áreas más afectadas en los DSA. Según los modelos actuales, la lectura no es una capacidad natural sino una habilidad adquirida compleja, que requiere el desarrollo de procesos fonológicos, ortográficos, semánticos y de automatización.

3.1.1 La dislessia e la disortografia

- **Dislessia**: trastorno caracterizado por una **dificultad en la precisión y/o fluidez de la lectura**, con errores frecuentes de omisión, sustitución, inversión de letras, y una velocidad lenta. Tiene un origen neurobiológico y afecta principalmente la **decodificación fonológica**.
- **Disortografia**: se refiere a las dificultades en **la escritura correcta desde el punto de vista ortográfico** (uso incorrecto de grafemas, omisiones, confusión de reglas). Es frecuente en quienes también presentan dislexia.

Ambos trastornos afectan el rendimiento escolar y requieren intervenciones específicas, como entrenamiento en conciencia fonológica y reglas ortográficas, además del uso de medidas compensatorias.

3.1.2 Il disturbo della comprensione del testo

A diferencia de la dislexia, este trastorno afecta a niños que **leen con fluidez, pero tienen dificultad para comprender lo leído**. Esto suele estar relacionado con:

- un vocabulario pobre,
- dificultades inferenciales,
- memoria de trabajo limitada,
- problemas de integración semántica.

La intervención debe centrarse en estrategias metacognitivas y en el desarrollo del lenguaje comprensivo.

3.2 Il calcolo e la discalculia

La **discalculia** es un trastorno específico del aprendizaje del número y del cálculo. Se manifiesta en errores frecuentes como:

- dificultades en la lectura y escritura de números,
- confusión entre cifras (ej. 21 por 12),
- dificultades para memorizar las tablas de multiplicar,
- lentitud extrema en los cálculos mentales,
- uso inapropiado de los signos matemáticos.

Modelos como el de Butterworth proponen que existe un sistema de "sentido numérico" innato, cuya disfunción explicaría la discalculia. Este trastorno puede presentarse en forma **pura o comórbida con dislexia o TDAH**, y suele impactar negativamente en la autoestima.

3.3 Aspetti emotivo-motivazionali associati ai DSA

Los factores emocionales y motivacionales juegan un papel central en la experiencia escolar de los niños con DSA:

- Las dificultades continuas pueden generar frustración, ansiedad, baja autoestima e incluso rechazo hacia la escuela.

- Muchos niños desarrollan una motivación negativa hacia el aprendizaje, anticipando el fracaso.
- Puede aparecer una “impotencia aprendida”, en la cual el niño cree que no importa cuánto se esfuerce, no logrará aprender.

Por eso, cualquier intervención debe contemplar el componente afectivo y motivacional, promoviendo experiencias exitosas, reforzando los logros y ofreciendo un entorno escolar inclusivo.

4. Indicatori precoci, diagnosi e intervento

4.1 I segnali precoci

Los primeros signos de un posible DSA pueden observarse ya en la etapa de la educación infantil (scuola dell’infanzia). Entre los indicadores más frecuentes encontramos:

- Retraso en el desarrollo del lenguaje (uso limitado de palabras, dificultades articulatorias).
- Dificultad para aprender rimas, secuencias y canciones.
- Escasa memoria a corto plazo verbal.
- Confusión en la direccionalidad (derecha/izquierda, organización espacial).
- Dificultades con la motricidad fina (usar tijeras, lápiz, botones).
- Poca atención sostenida y lentitud en la ejecución de tareas.

Reconocer estos indicadores no significa emitir un diagnóstico, pero sí permite activar procesos de observación sistemática y apoyo educativo preventivo.

4.2 La diagnosi

La **evaluación diagnóstica** se realiza generalmente entre el final del **segundo año de primaria y el inicio del tercero**, cuando las habilidades básicas deberían estar suficientemente adquiridas. La ley italiana (L.170/2010) establece que la identificación de un DSA debe basarse en criterios **médicos y psicopedagógicos**. El proceso diagnóstico incluye:

- Pruebas estandarizadas específicas para cada tipo de DSA (lectura, escritura, cálculo).
- Evaluación del coeficiente intelectual (para descartar discapacidad intelectual).
- Análisis de las funciones ejecutivas, memoria, atención y lenguaje.
- Observaciones del entorno familiar y escolar.

4.2.1 Il concetto di discrepanza

Tradicionalmente, se ha utilizado el criterio de **discrepancia** entre la inteligencia general y el rendimiento académico: un niño con **inteligencia media o superior a la media** pero con dificultades marcadas en el aprendizaje específico.

Sin embargo, este enfoque ha sido **superado por modelos más dinámicos**, que valoran los perfiles funcionales y las trayectorias de aprendizaje más allá de una única discrepancia numérica. Hoy se presta mayor atención a los **procesos subyacentes implicados** y al impacto en la vida escolar y emocional del alumno.

4.3 Intervento

La intervención frente a los DSA debe ser **individualizada, precoz y multidimensional**, con la colaboración de la familia, la escuela y los especialistas. Se basa en tres grandes tipos de acciones:

Intervenciones didácticas (a cargo de los docentes):

- Uso de **metodologías específicas** (escalonado, repetición, apoyo visual).
- Aplicación de **medidas dispensativas** (por ejemplo, evitar la lectura en voz alta).

- Utilización de **instrumentos compensativos** (lectores digitales, calculadoras, mapas conceptuales).

Intervenciones rehabilitativas (a cargo de especialistas):

- Logopedia para la dislexia y disortografía.
- Rehabilitación neuropsicológica para funciones ejecutivas (conjunto de habilidades cognitivas que nos permiten planificar, organizar, regular y controlar nuestra conducta para alcanzar metas y resolver problemas de manera eficiente estas son: la organización, la anticipación, la planificación, la memoria de trabajo, la flexibilidad mental, la autorregulación, la inhibición y el control de la conducta) y memoria.
- Terapias especializadas para discalculia.

Intervenciones psicoeducativas:

- Refuerzo de la autoestima y la motivación.
- Estrategias de autorregulación emocional y del aprendizaje.
- Acompañamiento familiar.

El enfoque actual promueve una **visión inclusiva**, reconociendo que los DSA no deben verse como una deficiencia, sino como una **diversidad neurocognitiva que requiere apoyos adecuados**.

DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE/IPERATTIVITÀ (DDAI)

La introducción al tema del DDAI establece la importancia de tratar este trastorno, a pesar de que no sea formalmente clasificado como una *disabilità* (discapacidad) en sentido estricto. El DDAI representa una **sindrome comportamentale** que puede comprometer seriamente los **procesos de aprendizaje y socialización**, generando **disagio (malestar)** tanto en el ámbito escolar como en el social y familiar.

¿Por qué es importante incluirlo en el estudio de los trastornos del desarrollo?

- Porque sus síntomas afectan áreas claves del desarrollo infantil, aunque no siempre se manifiesten como discapacidad permanente.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

- Porque se confunde fácilmente con un comportamiento infantil vivaz o inquieto, lo cual puede retrasar su detección y tratamiento.
- Porque tiene impactos significativos en el rendimiento académico y en la adaptación social del niño.

El texto enfatiza que no todo niño inquieto o distraído tiene DDAI. Es común que los niños tengan episodios de desatención o hiperactividad, pero solo en presencia de criterios clínicos estables y duraderos se puede hablar de un diagnóstico real.

¿Qué es el DDAI?

Es una **sindrome** caracterizada por:

- **Distraibilidad**: facilidad para perder la atención.
- **Baja capacidad atencional**: dificultad para mantener el foco en una actividad por tiempo prolongado.
- **Iperattività motoria**: exceso de movimiento físico.
- **Impulsividad**: dificultad para controlar respuestas automáticas o esperar turnos.
- **Alteraciones del sueño** y **baja tolerancia a la frustración** suelen estar presentes.

2. Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività: Le Caratteristiche

2.1 Verso una definizione

La definición del DDAI ha evolucionado con el tiempo. Hoy se considera un **trastorno del neurodesarrollo** que implica dificultades en el:

- **control dell'attenzione** (control de la atención),
- **comportamento motorio** (hiperactividad motora),
- **impulsività** (impulsividad).

El DSM-5 lo clasifica dentro de los **disturbi del neurosviluppo**, destacando que sus síntomas deben ser:

- Evidentes antes de los 12 años,
- Presentes en más de un contexto (escuela, casa, etc.),
- Suficientemente intensos como para interferir con el funcionamiento diario.

2.2 Le cause

Las causas del DDAI no son únicas, sino **multifactoriales**, con interacción entre componentes **biológicos y ambientales**.

Principales factores etiológicos:

- **Fattori genetici**: estudios muestran alta heredabilidad. Se han identificado genes implicados en la regulación de la dopamina.
- **Alterazioni neurobiologiche**: diferencias en áreas cerebrales como el **lóbulo frontal**, los **ganglios basales** y el **cuerpo calloso**, así como disfunciones en los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos.
- **Fattori ambientali**: exposición prenatal a alcohol, tabaco, estrés materno, bajo peso al nacer, y experiencias familiares caóticas o negligentes pueden actuar como desencadenantes o agravantes.

2.3 Le manifestazioni. El DDAI se manifiesta principalmente en tres dimensiones:

2.3.1 La disattenzione

- Dificultad para mantener la atención en tareas largas.
- Tendencia a distraerse fácilmente con estímulos irrelevantes.
- Dificultades para organizar tareas o seguir instrucciones.
- Olvido frecuente de objetos o tareas.

2.3.2 Il comportamento impulsivo

- Dificultad para esperar su turno.
- Responde sin reflexionar, interrumpe conversaciones o juegos.
- Busca gratificación inmediata, sin prever consecuencias.

2.3.3 L'iperattività

- Movimiento excesivo e inapropiado según la situación (levantarse en clase, correr donde no se debe).
- Sensación de "estar impulsado por un motor".
- Verborrea (habla en exceso, sin pausas).

2.3.4 Altre manifestazioni

- **Bassa tolleranza alla frustrazione**, cambios de humor.
- **Difficoltà nel sonno** (insomnio, despertares frecuentes).
- **Scarsa autostima**, especialmente en etapas posteriores, cuando comienzan las comparaciones con los compañeros.

2.3.5 Le manifestazioni in età precoce

- Ya desde los **2-3 años** pueden observarse signos como agitación excesiva, impulsividad y dificultad para mantener la atención en actividades dirigidas (juegos estructurados).
- Sin embargo, el diagnóstico formal se realiza a partir de los 6 años, cuando los comportamientos ya se evidencian de forma persistente y afectan la adaptación escolar y social.

Las manifestaciones del DDAI son **persistentes y desadaptativas**, afectando negativamente el desarrollo personal, académico y relacional del niño. Es crucial no confundir estos comportamientos con simples "problemas de conducta" o "inmadurez": se trata de **síntomas clínicos reales** que requieren diagnóstico y abordaje especializado.

3. L'interpretazione del disturbo

Este apartado se centra en cómo **comprender e interpretar el DDAI** desde un punto de vista más amplio que el puramente clínico. La lectura del trastorno se ha ampliado, pasando de una perspectiva médica individual a una **visión multifactorial y contextualizada**, que considera también los aspectos relacionales, sociales y educativos.

De la visión médica a la perspectiva evolutiva y ecológica

Históricamente, el DDAI fue interpretado casi exclusivamente como un **déficit neurobiológico individual**. Esta lectura enfatizaba las causas genéticas y cerebrales, destacando la disfunción del sistema nervioso central (principalmente la corteza prefrontal y los sistemas dopaminérgicos).

Sin embargo, investigaciones más recientes han permitido una **reevaluación del modelo explicativo**, reconociendo que:

- El desarrollo infantil no depende únicamente de los aspectos neurológicos,
- Sino que es el resultado de una **interacción dinámica entre factores internos y externos** (biológicos, psicológicos, familiares, escolares y sociales).

DDAI como expresión de un "déficit de autorregulación"

El DDAI puede entenderse como una **alteración en los procesos de autorregulación**: es decir, en la capacidad del niño de controlar su atención, emociones, impulsos y conducta motora de forma flexible y adaptativa a las exigencias del entorno. Esta perspectiva destaca que:

- Los niños con DDAI no carecen de conocimiento sobre las normas, pero tienen dificultades para aplicarlas consistentemente, sobre todo en contextos estructurados como la escuela.
- La variabilidad de conducta del niño entre diferentes ambientes (por ejemplo, estar más tranquilo en casa que en el aula) no implica necesariamente mala educación, sino que refleja la influencia del contexto en la manifestación del trastorno.

Implicaciones para la educación

Adoptar esta perspectiva implica:

1. **Superar la idea de un niño "problema"**: el foco no debe estar solo en el niño, sino en cómo los contextos (familia, escuela) **pueden ayudar o dificultar su autorregulación**.
2. **Promover una visión ecológica** del desarrollo: comprender al niño con DDAI dentro de su ambiente cotidiano (relaciones, exigencias escolares, dinámica familiar).
3. **Evitar etiquetas estigmatizantes** que pueden condicionar negativamente su autoestima, motivación y relaciones sociales.

En resumen:

- El DDAI debe interpretarse como **una condición compleja y multifactorial**.
- Es esencial **integrar las dimensiones neurobiológicas con las relacionales, educativas y emocionales**.
- La **comprensión adecuada del trastorno** es el primer paso para construir intervenciones eficaces y no culpabilizantes.

4. La diagnosi

La diagnosi del DDA/I es un proceso complejo que requiere la observación sistemática de comportamientos a lo largo del tiempo y en distintos contextos. Se basa en los siguientes principios clave:

1. Criterios de duración y contexto

- **Duración mínima de los síntomas:** los comportamientos característicos deben estar presentes durante **al menos 6 meses**.
- **Inicio temprano:** los síntomas deben haberse manifestado **antes de los 7 años**.
- **Multicontextualidad:** los síntomas deben estar presentes **en al menos dos contextos** (por ejemplo, escuela y hogar).
- **Impacto funcional:** deben interferir significativamente en el **funcionamiento social, escolar o laboral** del niño.

2. Subtipos del trastorno según el DSM-IV

El diagnóstico contempla **tres formas** del trastorno:

- **Tipo combinado:** presencia de 6 o más síntomas tanto de inatención como de hiperactividad/impulsividad.
- **Tipo con predominio de inatención.**
- **Tipo con predominio de hiperactividad/impulsividad**.

3. Herramientas diagnósticas utilizadas

- **Observación directa** del comportamiento del niño mediante:
    - **Entrevistas clínicas.**
    - **Pruebas específicas** para evaluar funciones cognitivas, ejecutivas, la atención y el aprendizaje escolar.

- **Cuestionarios y entrevistas estructuradas** aplicadas a los padres o al adolescente, para recoger datos sobre:
    - La presencia de síntomas psiquiátricos.
    - El funcionamiento social actual.
- Aunque **no existe un protocolo único validado**, se recomienda el uso de instrumentos como:
    - **Escala WISC-III** (para medir el nivel intelectual).
    - **Test de inhibición y control de impulsos.**
    - **Pruebas estandarizadas** para evaluar el aprendizaje.

Esta fase diagnóstica es fundamental no solo para identificar con precisión el trastorno, sino también para orientar **la elección de intervenciones educativas, familiares y terapéuticas adecuadas**. Además, permite descartar otras condiciones que podrían simular los síntomas del DDA/I, como problemas emocionales, dificultades de aprendizaje o ambientes familiares conflictivos.

5. L'intervento

El tratamiento del DDA/I requiere un **enfoque multimodal**, lo cual significa que debe involucrar simultáneamente al niño, la familia, la escuela y, en algunos casos, el entorno clínico. Esta intervención debe adaptarse a la **edad, el nivel de madurez** del niño y la **gravedad del trastorno**, considerando también las **áreas específicas** afectadas: el plano conductual, atencional, social y familiar.

5.1 Il parent training

Se trata de un programa dirigido a los padres con el fin de mejorar sus competencias educativas y reducir los niveles de estrés familiar. Los padres aprenden a:

- Reconocer y modificar los factores que anteceden o refuerzan los comportamientos problemáticos.
- Aplicar técnicas como el refuerzo positivo, el ignorar planificado, o la pérdida de privilegios.
- Reestructurar cognitivamente su rol, comprendiendo mejor cómo interactuar con su hijo con DDA/I.

Este enfoque indirecto ha demostrado ser eficaz para reducir los síntomas y mejorar la calidad de la convivencia familiar.

5.2 L'intervento in classe

La escuela juega un papel central. Las estrategias efectivas incluyen:

- Crear un ambiente estructurado y predecible.
- Asignar al niño un lugar visible para el docente y sentarlo junto a compañeros cooperativos.
- Proporcionar feedback continuo y refuerzos positivos.
- Adaptar las actividades a las capacidades reales del niño y aumentar gradualmente la dificultad.
- Fomentar la autoestima y la interacción con los compañeros.

El objetivo es reducir el impacto negativo de la hiperactividad y facilitar la participación escolar efectiva.

5.3 La terapia cognitiva

Esta intervención se orienta a trabajar directamente sobre las dificultades específicas del niño:

- Déficit de atención
- Problemas en la resolución de problemas
- Falta de autoevaluación

Una técnica central es el uso de auto-verbalizaciones, en la cual se enseña al niño a guiar sus acciones verbalmente, favoreciendo la interiorización de procesos de autorregulación.
Sin embargo, hay que señalar que algunos estudios reportan que los beneficios tienden a ser limitados y de corta duración, especialmente si no se generalizan a diferentes contextos.

5.4 Il trattamento farmacologico

Es un recurso que debe evaluarse con extrema precaución, especialmente en niños pequeños. Los principales medicamentos utilizados son:

- **Metilfenidato**: actúa sobre el sistema dopaminérgico, mejorando el control de impulsos.
- **Atomoxetina**: mejora las funciones ejecutivas, con menos efectos secundarios.

Aunque se ha comprobado su eficacia a corto plazo en el control de síntomas, estos tratamientos pueden provocar efectos adversos como insomnio o retraso en el crecimiento. Los expertos coinciden en que la terapia farmacológica no debe ser utilizada de forma aislada, sino como complemento de otras intervenciones psicoeducativas, dentro de un programa integral.

6. Conclusioni

El cierre del capítulo sobre el DDA/I pone en evidencia varios aspectos fundamentales sobre la evolución del trastorno a lo largo del desarrollo, sus posibles trayectorias y la importancia de un enfoque preventivo y multimodal.

Evolución y pronóstico

Se destaca que los síntomas tienden a mejorar con el crecimiento, y que entre el 20% y el 50% de los individuos puede experimentar una remisión completa. Esto significa que en muchos casos el trastorno no es permanente, sino que se puede manejar y reducir significativamente a lo largo del tiempo. Sin embargo, la persistencia del trastorno en la edad adulta suele estar asociada con:

- La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos,
- La familiaridad genética, es decir, antecedentes familiares con condiciones similares.

Transformación de los síntomas

Los síntomas del DDA/I no se mantienen inalterados, sino que cambian con la edad:

- En la infancia son más frecuentes la hiperactividad e impulsividad.
- En la adolescencia y adultez, prevalece más la inattenzione (dificultad para concentrarse y mantener la atención).

Este cambio implica que las intervenciones también deben adaptarse según la etapa del desarrollo.

Factores de empeoramiento

Cuando los síntomas básicos (hiperactividad, impulsividad, inatención) se asocian con agresividad, los resultados a largo plazo suelen ser más graves. Es decir, la presencia de comportamientos agresivos puede agravar el pronóstico y dificultar el tratamiento.

Relevancia del tratamiento precoz

El documento subraya la importancia de intervenciones precoces y adecuadas, ya que estas:

- Pueden prevenir el deterioro funcional y emocional,
- Reducen el riesgo de evolución negativa del trastorno hacia cuadros más graves,
- Y son esenciales dada la alta prevalencia del DDA/I en la población infantil.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

En resumen, el texto cierra reforzando la idea de que el DDA/I no debe subestimarse, ya que puede tener graves repercusiones escolares, sociales y emocionales si no se trata. Sin embargo, también transmite un mensaje de esperanza, indicando que una intervención adecuada y a tiempo puede marcar una diferencia significativa en el desarrollo del niño y en su bienestar a largo plazo.

AUTISMO

1. Premessa

La premisa del estudio sobre el autismo destaca que se trata de una de las condiciones más graves que afectan la capacidad del individuo para comunicarse y establecer relaciones con el mundo externo. Esta dificultad central en la interacción y en la construcción de vínculos con otros es lo que define profundamente el trastorno.

Origen del término y evolución conceptual

El término autismo fue utilizado por primera vez por Leo Kanner, quien en 1943 describió una serie de síntomas observados en once niños. Lo denominó como un "disturbo autistico del contatto affettivo", es decir, un trastorno del contacto afectivo. Su definición subrayaba la incapacidad de los niños para establecer relaciones emocionales normales y su marcada tendencia al aislamiento.

En el pasado, la tendencia de los niños autistas a cerrarse en sí mismos se interpretaba de manera errónea como un retiro voluntario del entorno social. Algunas corrientes incluso atribuían esta conducta al rechazo consciente del lenguaje, en vez de reconocerla como resultado de un trastorno del desarrollo neurológico.

Enfoque psicoanalítico y conceptualización anterior

Durante mucho tiempo, el autismo fue interpretado desde el prisma de la psicopatología infantil, particularmente dentro de las psicosis infantiles, donde se veía como una forma de defensa inconsciente o como resultado de vínculos emocionales fallidos con la madre (por ejemplo, la teoría de la "madre nevera").

Sin embargo, los avances científicos y clínicos llevaron a una reformulación del autismo como un trastorno del neurodesarrollo, con una base biológica y observable desde los primeros meses de vida. En esta nueva visión:

- Se rechazan explicaciones puramente psicológicas o afectivas como causas del autismo.
- Se destacan deficiencias persistentes en la comunicación, la interacción social y el comportamiento como sus características centrales.

La introducción al tema del autismo en el documento sirve como marco histórico y clínico para comprender cómo ha cambiado la manera de interpretar este trastorno:

- Desde una visión errónea y estigmatizante de aislamiento voluntario,
- Hacia una comprensión basada en la neurociencia y la observación del desarrollo temprano.

Esto sienta las bases para abordar los criterios diagnósticos, el desarrollo del niño con autismo, las hipótesis explicativas, las bases biológicas, el curso del trastorno y los tratamientos actuales, que se desarrollan en los siguientes apartados del documento.

2. L'autismo: definizione e criteri diagnostici

Este apartado desarrolla la **definición actual del autismo** y los **criterios diagnósticos** aceptados internacionalmente, centrándose especialmente en los lineamientos del **DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)**.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Definición de Autismo en el DSM-5. El DSM-5 (2013) introdujo cambios significativos en la conceptualización del autismo:

- **Unificación de diagnósticos anteriores** (como el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el TGD no especificado) en una sola categoría diagnóstica llamada **"Disturbo dello Spettro Autistico"** (Trastorno del Espectro Autista – TEA).
- El **autismo ya no se considera una categoría cerrada**, sino un espectro continuo de condiciones con diferente nivel de severidad y apoyo necesario.

Criterios diagnósticos principales. El diagnóstico se basa en **dos dominios sintomáticos** fundamentales:

1. Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social, que se manifiestan en:

- Dificultades en la reciprocidad socioemocional (por ejemplo, falta de intercambio afectivo, poca o ninguna respuesta emocional).
- Dificultades en los comportamientos comunicativos no verbales (contacto ocular, expresión facial, postura corporal, gestos).
- Dificultades para desarrollar, mantener y comprender relaciones (intereses reducidos en el juego compartido, dificultad para hacer amigos, desinterés en la interacción social).

2. Comportamientos, intereses o actividades restringidas y repetitivas, incluyendo:

- Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipada.
- Insistencia en rutinas o rituales inflexibles.
- Intereses muy restringidos y fijos, anormales en intensidad o enfoque.
- Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales (por ejemplo, fascinación por luces o texturas, insensibilidad al dolor o al calor/frío).

Criterios adicionales

Para cumplir con el diagnóstico de TEA:

- Los síntomas deben estar presentes **desde las primeras etapas del desarrollo**, aunque puedan no manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales superen las capacidades del individuo.
- Los síntomas deben causar una **limitación clínicamente significativa** en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes.
- No se explica mejor por una discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo (aunque pueden coexistir).

Grados de severidad. El DSM-5 introduce también **tres niveles de severidad**, basados en el **grado de apoyo necesario**:

- **Nivel 1:** Necesita apoyo.
- **Nivel 2:** Necesita apoyo sustancial.
- **Nivel 3:** Necesita apoyo muy sustancial.

Esto permite una mayor personalización del diagnóstico y de las intervenciones, considerando tanto las capacidades como las limitaciones del sujeto.

Este apartado consolida una visión más moderna, científica e inclusiva del autismo, describiéndolo como un espectro complejo y heterogéneo, con variaciones individuales significativas. El enfoque actual se basa en observar patrones de comportamiento y funcionamiento, y no solo síntomas aislados.

3. Lo sviluppo nel bambino autistico

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Este apartado explora cómo se manifiesta el desarrollo de los niños con trastorno del espectro autista (TEA), poniendo especial énfasis en las diferencias cualitativas que se observan en las etapas clave del desarrollo infantil.

Diferencias en el desarrollo temprano

A diferencia de los niños neurotípicos, en los niños con TEA se evidencian desde muy temprano dificultades en las relaciones interpersonales. Estas no se manifiestan como una incapacidad total para vincularse, sino más bien como una modalidad particular y a menudo atípica de entrar en contacto con los demás.

- Pueden no responder al nombre o al contacto visual.
- A menudo no comparten interés o placer (por ejemplo, mostrar objetos a los adultos).
- Pueden no participar en juegos de imitación o juegos simbólicos.

Relación con los adultos y los pares

Aunque algunos niños autistas logran establecer una relación afectiva con los adultos, lo hacen:

- Sin compartir el espacio emocional común,
- Mostrando poca reciprocidad afectiva o expresividad emocional compartida.

Con sus pares, los desafíos son aún más evidentes:

- Las dificultades en la comunicación y en el juego cooperativo limitan la capacidad de crear vínculos estables.
- Su comportamiento a veces se percibe como excéntrico o indiferente, lo que puede provocar aislamiento o rechazo.

Juego y exploración

El juego en los niños con TEA se caracteriza por:

- Ser **poco flexible y repetitivo**,
- Centrado en detalles o patrones inusuales,
- Carencia de juego simbólico espontáneo (por ejemplo, imaginar que un bloque es un coche).

El juego no suele ser una herramienta de socialización, como ocurre con los niños neurotípicos, sino un medio de autorregulación o fascinación sensorial.

Variabilidad en el desarrollo

El documento resalta que el desarrollo en los niños autistas:

- **No sigue una trayectoria homogénea**,
- Puede ser más lento o presentar **regresiones** (por ejemplo, pérdida del lenguaje aprendido),
- Tiene una **gran heterogeneidad**, lo que hace difícil establecer un patrón único.

Algunos niños pueden desarrollar habilidades lingüísticas y cognitivas más cercanas a lo típico, mientras que otros muestran compromisos más severos en varias áreas.

Aspectos cognitivos y comunicativos

- Se observa con frecuencia **disfasia pragmática**, es decir, dificultad para usar el lenguaje de forma socialmente adecuada.
- Algunos niños hablan correctamente pero **no comprenden normas de diálogo, turnos, entonación emocional**.
- También puede haber **lenguaje ecolálico** (repetición literal de frases) y uso idiosincrático del lenguaje.

El desarrollo en el niño autista es **atípico y desincronizado**, con una marcada dificultad para establecer vínculos interpersonales y utilizar el lenguaje con función

comunicativa. La exploración del entorno y el juego no siguen las mismas trayectorias que en niños neurotípicos. Esto implica la necesidad de intervenciones personalizadas que reconozcan tanto sus limitaciones como sus potencialidades.

4. Interpretazioni dell'autismo

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes modelos teóricos para explicar los aspectos centrales del autismo.

4.1Carenze nella teoria della mente. La *teoría de la mente* es la capacidad de comprender que otras personas tienen pensamientos, emociones, intenciones y creencias diferentes a las propias.

- **Déficit en el autismo**: Los niños autistas presentan **dificultades para atribuir estados mentales a los demás**, lo que compromete:
  - La empatía,
  - La comprensión de emociones,
  - La interpretación del comportamiento social.

Este déficit explica por qué muchos niños con TEA tienen dificultades en la interacción social y en la comprensión del lenguaje implícito (ironía, bromas, dobles sentidos).

4.2 Coerenza centrale debole. La coherencia central es la tendencia natural a integrar la información en un contexto general o global.

- **Déficit en el autismo**: Las personas con TEA tienden a centrarse en los detalles individuales en lugar de ver el panorama completo. Por ejemplo, pueden copiar un dibujo con precisión sin entender su significado global.
- Este perfil cognitivo no es necesariamente negativo: se asocia con ventajas en tareas que requieren atención al detalle, pero dificulta la comprensión contextual de las situaciones sociales o lingüísticas.

4.3 Deficit nelle funzioni esecutive. Las funciones ejecutivas incluyen:

  - La planificación,
  - El control inhibitorio,
  - La memoria de trabajo,
  - La flexibilidad cognitiva.

- **Déficit en el autismo**:
  - Dificultades para cambiar de actividad,
  - Rigidez en rutinas y pensamientos,
  - Problemas con la planificación de acciones.

Esto explica la insistencia en rituales y la resistencia a los cambios, comportamientos comunes en los niños con TEA.

4.4 Deficit socio-affettivo primario

- Este modelo propone que en el autismo existe una alteración primaria en el ámbito socioemocional, más allá del procesamiento cognitivo.
- Los niños con TEA muestran:
  - Una atención reducida a los estímulos sociales desde los primeros meses,
  - Menor interés por las expresiones faciales y vocales humanas.
- Esto afecta la construcción temprana del apego, la reciprocidad emocional y el aprendizaje por imitación.

4.5 Compromissione del sistema dei neuroni specchio

- **Los neuronas espejo** son células que se activan tanto al realizar una acción como al observarla en otro.
- Se cree que este sistema:

    - Participa en la **imitación**, la **empatía** y el **aprendizaje social**.
- **Déficit en el autismo**:
    - Estudios indican una **actividad reducida** en este sistema,
    - Lo que podría explicar la dificultad de los niños autistas para comprender y reproducir las acciones y emociones de otros.

Las interpretaciones actuales del autismo no se excluyen entre sí, sino que **aportan perspectivas complementarias** para entender la complejidad del TEA. Cada modelo destaca aspectos específicos: desde dificultades cognitivas como la teoría de la mente o la coherencia central, hasta aspectos afectivos y neurobiológicos como el sistema de neuronas espejo. Estos enfoques ayudan a orientar diagnósticos e intervenciones más personalizadas y eficaces.

5. Le basi biologiche dell'autismo

Este apartado analiza el sustento neurobiológico y genético del Trastorno del Espectro Autista (TEA), con énfasis en los descubrimientos recientes sobre su origen multifactorial. La ciencia contemporánea reconoce que el autismo no es una alteración puramente psicológica o relacional, sino que tiene raíces claras a nivel cerebral y genético.

1. Alteraciones estructurales y funcionales cerebrales

- Numerosos estudios de neuroimagen (como la resonancia magnética funcional) han identificado alteraciones en distintas áreas cerebrales en sujetos con TEA.
- En particular, se observan diferencias en:
    - **Lóbulo frontal**: relacionado con la planificación y funciones ejecutivas.
    - **Sistema límbico**: implicado en la regulación emocional y social.
    - **Cerebelo y ganglios basales**: vinculados al control motor y la modulación de la conducta repetitiva.
    - **Cuerpo calloso**: afecta la comunicación entre hemisferios cerebrales.

Estas alteraciones ayudan a explicar los déficits en interacción social, comunicación y comportamiento adaptativo.

2. Implicación genética

- Se ha demostrado una **fuerte predisposición genética** al autismo:
    - Los estudios en gemelos muestran una **alta concordancia genética** (especialmente en gemelos monocigóticos).
    - Existen **múltiples genes** implicados, muchos de ellos relacionados con la **sinapsis neuronal**, la **plasticidad cerebral** y el **desarrollo temprano del sistema nervioso**.

Importante: No hay un solo "gen del autismo", sino una **compleja interacción genética-poligénica** que contribuye al desarrollo del TEA.

3. Factores epigenéticos y ambientales

- Aunque la base genética es fundamental, también influyen factores **epigenéticos** y **ambientales**:
    - Infecciones virales durante el embarazo,
    - Exposición prenatal a toxinas o medicamentos,
    - Complicaciones perinatales (como hipoxia),
    - Edad avanzada de los padres.

Estos factores no causan autismo por sí solos, pero pueden **interactuar con la vulnerabilidad genética** y aumentar el riesgo de aparición del trastorno.

4. Heterogeneidad del TEA

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

- Uno de los aspectos más destacados es la gran variabilidad de perfiles dentro del espectro autista:
    - Hay personas con discapacidad intelectual severa y otras con alto funcionamiento.
    - La presencia o ausencia de lenguaje verbal, comportamientos repetitivos o habilidades especiales también varía ampliamente.

Esto sugiere que el autismo no es una entidad única, sino un conjunto de condiciones con múltiples causas y manifestaciones.
El autismo tiene una base neurobiológica sólida, influenciada tanto por factores genéticos como ambientales. Las alteraciones observadas en el cerebro de personas con TEA afectan áreas clave para la interacción social, la comunicación y el comportamiento adaptativo. Esta comprensión biológica no solo ha mejorado el diagnóstico temprano, sino que ha abierto nuevas vías para la intervención específica y personalizada.

6. Decorso

Este apartado se centra en cómo evoluciona el Trastorno del Espectro Autista (TEA) a lo largo del tiempo, subrayando la variabilidad individual, los factores de pronóstico y la importancia de intervenciones precoces y específicas.

1. Alta variabilidad del curso evolutivo

El desarrollo del niño con autismo no sigue un único camino, sino que puede manifestarse con trayectorias muy diferentes, incluso dentro de casos con diagnósticos similares. Esta gran heterogeneidad es uno de los aspectos más característicos del TEA.

- Algunos niños muestran una evolución positiva, con progresos significativos en habilidades sociales, comunicativas y cognitivas.
- Otros presentan una evolución más limitada, permaneciendo con necesidades de apoyo intensivo durante toda la vida.

Esta diversidad está influida por factores como:

- el **nivel cognitivo** general,
- el **lenguaje funcional adquirido**,
- la **presencia de comorbilidades** (como discapacidad intelectual o epilepsia),
- el **tipo y la intensidad del tratamiento recibido**.

2. Prognóstico

Aunque el autismo es una condición crónica y duradera, no significa que sea estática.

- En muchos casos, se observan mejorías significativas en el comportamiento, la comunicación y las relaciones sociales con el tiempo.
- Los niños que desarrollan lenguaje funcional antes de los 5-6 años y tienen un buen nivel intelectual tienen un mejor pronóstico.
- En cambio, la ausencia de lenguaje verbal, la discapacidad intelectual severa o trastornos neurológicos asociados complican la evolución.

El pronóstico, por tanto, no es fijo, sino altamente dependiente de las condiciones individuales y del entorno.

3. Importancia de la intervención precoz

El curso evolutivo puede mejorar significativamente si se actúa desde edades tempranas:

- Intervenciones precoces e intensivas, especialmente las que promueven la comunicación, la interacción social y la autonomía, pueden modificar positivamente la trayectoria del desarrollo.

- También son claves el entrenamiento de padres y el trabajo coordinado entre familia, escuela y profesionales de salud.

El documento subraya que el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato son los factores más determinantes para una mejor calidad de vida en el largo plazo.

4. Adolescencia y adultez

Durante la adolescencia:

- Pueden aparecer nuevas dificultades, como ansiedad, depresión, aislamiento social o problemas de conducta.
- La conciencia de la diferencia respecto a los demás puede generar malestar emocional.

En la adultez:

- Muchas personas con TEA logran una buena adaptación social y profesional, especialmente si cuentan con apoyos adecuados.
- Sin embargo, sigue siendo común la necesidad de asistencia en la vida cotidiana, especialmente en los casos con discapacidad intelectual asociada.

El decorso del autismo es altamente individual y no lineal. Si bien es una condición persistente a lo largo de la vida, las capacidades de la persona pueden evolucionar notablemente con intervenciones adecuadas. El desarrollo está influido por factores personales, familiares, educativos y terapéuticos, por lo cual es fundamental adoptar un enfoque personalizado, integral y precoz para favorecer una mejor calidad de vida y autonomía futura.

7. Trattamento

El tratamiento del **Trastorno del Espectro Autista (TEA)** es complejo, multidimensional y debe adaptarse a las necesidades individuales del niño y su contexto. En este apartado se destacan las principales líneas de intervención y consideraciones generales.

Enfoque general del tratamiento

El documento destaca que el tratamiento **no tiene por objetivo curar el autismo**, ya que se trata de una condición del neurodesarrollo. En su lugar, el propósito es:

- **Reducir los síntomas** que dificultan la adaptación social, emocional y cognitiva.
- **Potenciar las capacidades** de la persona.
- **Mejorar la calidad de vida** de la persona con TEA y su familia.
- **Facilitar la inclusión** en contextos educativos y sociales.

Para ello, se requiere un proyecto de intervención individualizado, estructurado e interdisciplinario, que involucre a educadores, psicólogos, logopedas, psiquiatras, pediatras, terapeutas ocupacionales y, por supuesto, a la familia.

Tipos de tratamiento más destacados

El documento no describe en detalle programas específicos, pero señala los elementos clave que deben caracterizar **una intervención eficaz**:

1. Intervención precoz e intensiva

- Cuanto más **temprana** y **estructurada** sea la intervención, mejores son los resultados.
- Se ha demostrado que programas que trabajan desde los primeros años (0-6) producen mejoras significativas en el desarrollo del lenguaje, la cognición y la conducta.

2. Intervenciones conductuales y psicoeducativas

- Inspiradas en el análisis aplicado del comportamiento (ABA), se centran en el reforzamiento de conductas adaptativas y la reducción de conductas problemáticas.
- Ejemplos conocidos: **TEACCH**, **Early Start Denver Model**, **PECS**, etc.
- Estas intervenciones también promueven:
  - autonomía personal,
  - habilidades sociales,
  - capacidad comunicativa (verbal o alternativa).

3. Intervención sobre la comunicación

- Se trabaja el desarrollo del lenguaje funcional o, cuando esto no es posible, se introducen sistemas de **comunicación aumentativa y alternativa** (CAA) como pictogramas, gestos o dispositivos electrónicos.

4. Apoyo emocional y relacional

- En niños con niveles cognitivos más altos, se enfatiza la enseñanza de habilidades sociales, gestión emocional y teoría de la mente.
- Se abordan comorbilidades frecuentes como **ansiedad, depresión, déficit de atención** o dificultades de autorregulación emocional.

5. Entrenamiento de los padres

- Las familias son parte activa del tratamiento.
- Se les entrena en estrategias para facilitar la comunicación, la conducta y la autonomía del niño en casa y en la comunidad.
- Su implicación reduce el estrés familiar y aumenta la eficacia de la intervención.

6. Intervención escolar

- La **colaboración entre escuela y servicios de salud** es crucial para garantizar una integración efectiva del niño.
- Los docentes deben recibir formación sobre autismo y adaptar metodologías, tiempos y espacios.

Consideraciones finales

- No existe un único tratamiento universalmente válido: la intervención debe ser personalizada, evolutiva y coordinada.
- La evaluación periódica de los progresos es esencial para ajustar objetivos y estrategias.
- El tratamiento no se limita a la infancia: es necesario garantizar continuidad terapéutica durante la adolescencia y adultez, considerando las nuevas necesidades que surgen en cada etapa.

El tratamiento del autismo requiere una intervención global, precoz, intensiva y coordinada, centrada en la persona y su entorno. Su éxito no se mide en función de la "normalización" del comportamiento, sino en la mejora de la funcionalidad, el bienestar emocional y la inclusión social de la persona con TEA.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

UNA PANORÁMICA SOBRE EL BIENESTAR

1. Una panorámica sobre el bienestar

Este apartado introductorio plantea el concepto de **bienestar** como un elemento central y transversal para la comprensión del desarrollo humano, especialmente en el ámbito escolar. El bienestar no se presenta como una noción simple o unívoca, sino como un **constructo complejo, multifactorial y dinámico**, cuyo análisis requiere considerar múltiples dimensiones personales y contextuales.

El bienestar como equilibrio dinámico

Los autores destacan que hablar de bienestar no equivale a hablar simplemente de sentirse bien. Se trata, más bien, de una **condición de equilibrio** entre los desafíos que una persona debe afrontar y los recursos internos y externos con los que cuenta para gestionarlos eficazmente (Dodge et al., 2012). Este equilibrio puede verse afectado cuando las demandas superan los recursos disponibles, lo que puede llevar al estrés o al malestar.

El bienestar se entiende, por tanto, **no como una condición estática**, sino como un proceso **dinámico y evolutivo**, caracterizado por la capacidad de adaptación, resiliencia y crecimiento personal. Esta concepción reconoce el papel activo del individuo en la búsqueda de su bienestar, enfatizando dimensiones como la **autoefficacia, la autonomía y la agentividad**.

Perspectiva multidimensional

Se citan diferentes enfoques teóricos que han intentado conceptualizar el bienestar. En particular, se mencionan:

- **Ryff y Singer (1996)**, quienes proponen un modelo multidimensional que incluye:
  - Autoconocimiento y aceptación de uno mismo.
  - Relaciones positivas con los demás.
  - Autonomía y capacidad de autorregulación.
  - Control sobre el entorno.
  - Propósito vital.
  - Crecimiento personal.
- **Zani y Cicognani (1999)** y **Ryan y Deci (2001)** subrayan que el bienestar también incluye la calidad de las relaciones interpersonales, el sentido de pertenencia y el apoyo social percibido.

- La importancia de la **autoestima**, la empatía, la integración social y la independencia se identifica como clave para sostener un bienestar psicológico duradero.

Variabilidad cultural

El texto reconoce también las diferencias culturales en la conceptualización del bienestar. Por ejemplo, en las culturas **individualistas** se valoran más la autorrealización y la autonomía personal, mientras que en culturas **colectivistas** se da mayor importancia a la conexión social, la armonía grupal y la aprobación de los demás (Triandis, 1988; Ryff, Singer, 1996). A pesar de ello, Ryan y Deci (2001) destacan que ciertos factores como la autonomía, la competencia y las relaciones interpersonales son **universales** para el bienestar, aunque se experimenten de formas diversas.

Implicaciones

La sección concluye afirmando que el **bienestar es fundamental en todas las etapas de la vida**, y que su estudio y promoción requieren un enfoque interdisciplinario e integrado. Las múltiples dimensiones del bienestar se entrelazan de forma compleja y requieren ser analizadas desde una perspectiva holística que considere los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y contextuales.

1.1 Che cosa intendiamo con benessere?

1.1.1 Il benessere come costrutto complesso

Este subtema profundiza en la definición del **bienestar** como un concepto **complejo, multifacético y dinámico**, que no puede ser reducido a una única dimensión ni entendido como un estado estable o estático. Más bien, el bienestar se concibe como un proceso continuo de adaptación al entorno y a los cambios personales y contextuales.

Equilibrio entre desafíos y recursos. Una idea central es la concepción del bienestar como **equilibrio** entre:

- Las **exigencias** (o desafíos) que una persona debe afrontar.
- Los **recursos** de los que dispone para enfrentarlas.

Este equilibrio ha sido descrito por autores como **Cummins (2000)** y **Dodge et al. (2012)**, quienes destacan el papel de la **homeostasis** emocional y psicológica. Cuando los desafíos superan los recursos personales, el bienestar puede **quebrarse**, provocando estrés o malestar. Pero si las exigencias son inexistentes o mínimas, se puede llegar a un estado de **estancamiento**, donde no hay crecimiento personal. Es decir, no basta con “no sufrir”, el bienestar requiere también **retos que permitan el desarrollo**, siempre que se cuente con recursos adecuados para afrontarlos.

Procesos internos reguladores del bienestar

Se menciona que existen **mecanismos internos** (neurológicos y psicológicos) predispuestos genéticamente, comparables a los que regulan funciones fisiológicas como la temperatura corporal. Estos sistemas ayudan a **mantener el bienestar dentro de un rango estable y positivo**, que es diferente para cada individuo. Pero cuando hay perturbaciones intensas que estos mecanismos no logran manejar, el bienestar se deteriora.

Dimensiones fundamentales del bienestar

Apoyándose en el modelo de **Ryff y Singer (1996)**, se presentan varias **dimensiones clave** del bienestar psicológico, reconocidas ampliamente en la literatura:

1. **Autonomía y autorregulación**: capacidad de autoevaluarse sin depender de la aprobación externa.

2. **Control del entorno**: posibilidad de elegir o modificar el propio contexto vital.
3. **Relaciones positivas**: vínculos afectivos basados en empatía, aprecio y reconocimiento mutuo.
4. **Autoaceptación**: valorar tanto los aspectos positivos como los negativos de uno mismo.
5. **Propósito de vida**: dirección, metas y sentido en la existencia.
6. **Crecimiento personal**: percepción de estar en constante desarrollo, abierto a nuevas experiencias.

Estas dimensiones se entrelazan y afectan mutuamente, formando un **sistema complejo y dinámico** de factores psicológicos, sociales y físicos.

Influencia cultural en la percepción del bienestar

El texto también subraya que el **contexto cultural** influye en cómo se valora y experimenta el bienestar:

- En culturas **individualistas** (como la europea o norteamericana), se valora más la **autorrealización personal**, la **volición** (capacidad de elegir) y la **autoestima**.
- En culturas **colectivistas**, cobran mayor importancia la **conexión social** y el **reconocimiento por parte de otros significativos**.

Aun así, existen **elementos universales** del bienestar —como la autonomía, la competencia y las relaciones positivas— que son valorados en todas las culturas, aunque en diferentes formas y grados (Ryan y Deci, 2001).

Conclusión del subtema

Este análisis permite entender que el bienestar no puede reducirse a un solo indicador, como la felicidad momentánea o la ausencia de malestar. En cambio, se trata de un **constructo multidimensional y evolutivo**, influido por factores personales, contextuales y culturales, que exige un enfoque integrador para su comprensión y evaluación.

1.1.2 Il benessere dei bambini e degli adolescenti

Este apartado se centra en cómo se manifiesta y se construye el bienestar durante la infancia y la adolescencia, dos etapas críticas del desarrollo humano. Se reconoce que el bienestar no es un estado homogéneo y estable, sino que **varía según la edad, la madurez, el contexto social y las experiencias vividas**, especialmente en el entorno familiar, escolar y entre iguales.

Perspectiva del desarrollo: Erikson y las etapas vitales

Una base teórica importante mencionada es el modelo del desarrollo psicosocial de **Erik Erikson (1963)**. Aunque no formuló una teoría específica sobre el bienestar, Erikson identificó **una serie de desafíos (crisis evolutivas)** que deben ser superados en cada etapa del desarrollo, desde la infancia hasta la vejez. La resolución positiva de estos desafíos genera fortaleza y una buena adaptación al entorno, elementos esenciales para el bienestar.

En este sentido, el bienestar infantil y adolescente depende de:

- **El éxito con que se superan las etapas evolutivas**.
- **El contexto de relaciones significativas**, como la familia, los amigos y la escuela.

Dimensiones del bienestar infantil y juvenil (según la OCDE, 2017)

La OCDE identifica cuatro dimensiones fundamentales del bienestar para niños y adolescentes:

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

1. **Dimensión psicológica**: incluye la autoestima, la motivación, la resiliencia, el optimismo, el sentido de autoeficacia, el autoconocimiento y la conciencia emocional.
2. **Dimensión cognitiva**: relacionada con la capacidad de pensar críticamente, razonar, aprender de forma autónoma o en grupo y tomar decisiones.
3. **Dimensión social**: refiere a la calidad de las relaciones interpersonales, la inclusión social, la empatía y el sentido de pertenencia.
4. **Dimensión física**: abarca la salud física general y los hábitos de vida saludable, como la alimentación y la actividad física.

Este enfoque evidencia que el bienestar no puede entenderse solo desde el punto de vista emocional o académico, sino que involucra **competencias y experiencias integradas**.

Derechos, juego y bienestar presente

El texto subraya que no basta con preparar a los jóvenes para su bienestar futuro. También se debe **valorar y proteger su bienestar presente**. Es decir, los niños y adolescentes tienen derecho a vivir el presente de forma plena, en ambientes afectivos y de apoyo. Esto implica:

- Espacios para el juego.
- Relaciones empáticas y afectuosas.
- Oportunidades para expresarse, disfrutar y desarrollarse.

Investigaciones y datos: proyecto AVATAR y contextos escolares

Estudios recientes —como el **proyecto europeo AVATAR** y el uso del cuestionario **KIDSCREEN**— han permitido evaluar múltiples dimensiones del bienestar en la población juvenil. Estas investigaciones, aplicadas a adolescentes italianos entre 10 y 14 años, identifican **cuatro grandes áreas** de influencia:

1. **Estilo de vida** (salud, autonomía, recursos económicos, actividad física).
2. **Estado emocional** (autoimagen, emociones positivas, salud mental).
3. **Contexto social** (familia, pares, ambiente escolar).
4. **Competencias cognitivas** (funciones ejecutivas, rendimiento académico).

El análisis muestra que el factor **más determinante del bienestar percibido** en los adolescentes es el **contexto social**, especialmente las relaciones familiares. Le siguen el estilo de vida y el bienestar emocional. Las competencias cognitivas, en cambio, tienen un impacto menor, posiblemente porque los adolescentes aún no las perciben como parte central de su identidad.

Transiciones críticas y vulnerabilidad adolescente

El paso de la infancia a la adolescencia es un **período crítico**. Durante esta etapa, pueden disminuir los niveles de bienestar debido a:

- Cambios físicos y hormonales.
- Búsqueda de autonomía.
- Construcción de la identidad.
- Presión académica y social.

Los estudios muestran que **los adolescentes tienden a experimentar más emociones negativas**, preocupaciones escolares y menor satisfacción con la escuela que los niños más pequeños (Hascher, 2002). Aun así, mantener **relaciones positivas con padres, docentes y compañeros** se correlaciona con un mayor bienestar en la escuela.

Además, investigaciones longitudinales sugieren que el bienestar no solo mejora las relaciones interpersonales, sino que **puede influir en la percepción que los adultos tienen de los jóvenes**, lo cual crea un ciclo virtuoso de confianza y apoyo.

Conclusión del subtema

El bienestar de los niños y adolescentes **no es un fenómeno unidimensional ni estable**, sino un proceso influido por múltiples factores en interacción constante: edad, madurez, contexto familiar, escolar y social. Promover el bienestar en estas etapas requiere:

- Una visión integral del desarrollo.
- Estrategias que incluyan el juego, el afecto, la participación y el apoyo emocional.
- Escuelas que sean espacios protectores, atentos y sensibles a las necesidades de sus estudiantes.

1.2 Il benessere nel contesto scolastico

1.2.1 La rilevanza della scuola e gli aspetti del benessere

Este subtema destaca el papel fundamental de la **escuela** como uno de los contextos más influyentes para el desarrollo del bienestar en niños y adolescentes. Aunque no es el único entorno formativo —junto a la familia, los grupos de pares y la comunidad—, la escuela tiene un valor central porque representa un espacio **estructurado, normativo y de convivencia diaria**, donde los estudiantes pasan gran parte de su tiempo.

La escuela como agente de formación integral

Según las **Indicazioni nazionali del MIUR (2012)**, el objetivo fundamental de la escuela es promover el **desarrollo armónico e integral de la persona**. Esto implica no solo transmitir conocimientos académicos, sino también:

- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y emocionales.
- Estimular la autonomía, la iniciativa y la responsabilidad.
- Promover competencias cívicas y estrategias de afrontamiento funcionales.
- Fomentar el conocimiento de uno mismo y el respeto hacia los demás.

En este sentido, **el bienestar se convierte en una condición previa para aprender y desarrollarse plenamente** dentro del entorno escolar.

Dimensiones del bienestar en el contexto escolar

Se retoma aquí la definición de bienestar escolar de **Hascher (2007)**, quien lo describe como un **estado emocional positivo** vinculado a:

- Sentimientos y pensamientos favorables sobre la escuela.
- Las personas que forman parte de ella (docentes, compañeros).
- Las actividades escolares y el entorno institucional.

Según esta autora, los **elementos que componen el bienestar escolar** incluyen:

1. **Actitudes positivas hacia la escuela**.
2. **Placer de asistir a clase**.
3. **Autoimagen escolar positiva**.
4. **Ausencia de preocupaciones escolares**.
5. **Ausencia de malestar físico asociado a la escuela**.
6. **Ausencia de problemas sociales dentro del contexto escolar**.

Estas dimensiones se interrelacionan y reflejan un enfoque **integral del bienestar**, que considera tanto factores emocionales y motivacionales como sociales y contextuales.

La escuela como observatorio del bienestar

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Se reconoce también el **rol privilegiado de los docentes** como observadores directos del comportamiento de sus estudiantes:

- A través de la experiencia cotidiana en el aula, los profesores pueden detectar **cambios emocionales, dificultades o señales de malestar**.
- Sin embargo, se advierte que estas observaciones están **limitadas al contexto escolar**, por lo que pueden pasar desapercibidas ciertas experiencias personales u otras dinámicas no evidentes en clase.

Por eso, se subraya la **importancia de dotar a los docentes de herramientas adecuadas para evaluar el bienestar** de su alumnado y comprender si están experimentando malestar escolar.

El apoyo psicológico en las escuelas

El texto pone especial énfasis en la necesidad de contar con **figuras profesionales como psicólogos escolares**, especialmente tras los efectos de la pandemia de COVID-19, que evidenciaron un incremento del malestar emocional entre estudiantes y docentes.

Se menciona el **protocolo de acuerdo entre el MIUR y el Consejo Nacional del Orden de Psicólogos (CNOP, 2020)**, que establece:

- El apoyo organizativo a las instituciones educativas.
- El acompañamiento a docentes, estudiantes y familias.
- La promoción del bienestar psicológico mediante intervenciones preventivas y formativas.

Conclusión del subtema

La escuela no solo debe ser un lugar de aprendizaje académico, sino también un **espacio de bienestar y crecimiento integral**. Para ello, debe:

- Ofrecer experiencias positivas de convivencia y participación.
- Estar atenta al estado emocional y social del alumnado.
- Involucrar a profesionales capacitados.
- Incorporar el bienestar como **criterio fundamental** en la evaluación y mejora del sistema educativo.

En definitiva, una escuela centrada en el bienestar es una escuela que **forma, acoge y cuida**.

1.2.2 La prospettiva di una scuola che fa "stare bene"

Este apartado invita a reflexionar sobre el papel de la escuela más allá de su función instructiva: **una escuela que hace "stare bene" (sentirse bien)** es una escuela que cuida las emociones, el placer del aprendizaje y la satisfacción personal de los estudiantes. Se trata de **repensar el entorno educativo como un espacio de bienestar emocional, social y cognitivo**.

Romper con la visión de la escuela como lugar de esfuerzo y obligación

Frecuentemente, la escuela es percibida únicamente como un lugar de deberes, fatiga y exigencias. Esta visión tradicional deja de lado aspectos fundamentales como:

- **El placer de aprender.**
- **La satisfacción de sentirse competente.**
- **La alegría de compartir experiencias con otros.**

Pocos estudiantes afirman sentirse felices de ir a la escuela (Farneti & Tschiesner, 2016), lo que evidencia la necesidad de **replantear la función afectiva de la escuela**.

Inspiraciones pedagógicas: Montessori y el aprendizaje con alegría

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Se retoma la visión de **Maria Montessori**, quien sostenía que **los niños aprenden mejor cuando están felices y motivados**. Según su enfoque:

- El aprendizaje significativo ocurre cuando los estudiantes sienten **placer y satisfacción en lo que hacen**.
- La **independencia** y el respeto por los ritmos individuales son condiciones esenciales para favorecer el desarrollo y el bienestar.

Esta perspectiva promueve una escuela que respete **las diferencias individuales** y valore tanto el éxito académico como el crecimiento personal.

El papel de las relaciones interpersonales y del clima escolar

Las relaciones entre estudiantes, docentes y pares tienen un impacto crucial en el bienestar. Por ejemplo:

- Un simple **comentario negativo de un docente** puede generar inseguridad o rechazo en un niño sensible.
- Por el contrario, una **relación de confianza y empatía** puede reforzar la autoestima y la motivación.

Los **factores individuales** (como la inteligencia emocional, la resiliencia y la motivación) interactúan con los **factores contextuales** (como el clima del aula, la cohesión del grupo, la composición de la clase). Todo ello influye en el grado de bienestar experimentado por los estudiantes.

Factores de riesgo y protección dentro del grupo-clase

Estudios recientes (Giovannini et al., 2020) muestran que:

- El bienestar es **mayor en clases con buena cohesión grupal**.
- Las **diferencias socioeconómicas o académicas muy marcadas** entre compañeros pueden generar malestar, especialmente si se comparan desfavorablemente con los demás.

Esto sugiere que **la comparación social dentro del grupo-clase puede afectar negativamente la percepción del propio bienestar**.

La escuela como espacio de intervención positiva

En lugar de ser fuente de malestar, la escuela puede y debe transformarse en un **contexto de protección y promoción del bienestar**. Algunas estrategias que ayudan a ello son:

- Evitar la segregación o la separación de amigos entre clases.
- Favorecer la continuidad y el conocimiento mutuo en los primeros días del año escolar.
- Cuidar el entorno físico y social de la escuela.
- Promover un **clima relacional positivo** desde el primer momento.

El rol activo del docente como observador y mediador del bienestar

Los docentes, por su contacto estrecho con los estudiantes, tienen un **rol privilegiado para detectar señales de malestar** y promover intervenciones preventivas. De hecho:

- Las emociones positivas percibidas en el aula pueden **reducir el control excesivo por parte de los adultos** y mejorar el clima escolar.
- Un estudiante que **se siente satisfecho en la escuela**, al año siguiente tiende a tener mejores relaciones con adultos y compañeros (Kiuru et al., 2020).

Conclusión del subtema

Una “escuela que hace estar bien” es aquella que **no se limita a instruir**, sino que:

- **Acompaña emocionalmente.**
- **Fomenta la autonomía y la autoestima.**

- **Fortalece vínculos significativos.**
- **Escucha y responde a las necesidades reales de sus alumnos.**

Crear una escuela así no es una tarea exclusiva del docente: requiere el **compromiso compartido** de toda la comunidad educativa —familias, instituciones, profesionales, y políticas públicas—. Solo así es posible **promover una educación que incluya, que cuide y que haga florecer el potencial de cada estudiante**.

1.3 La valutazione del benessere in ambito scolastico

Este apartado aborda un aspecto crucial para la promoción del bienestar en las escuelas: **la evaluación sistemática y rigurosa del bienestar de los estudiantes**. Comprender cómo se sienten los alumnos en el entorno escolar no solo permite detectar posibles malestares, sino también diseñar estrategias efectivas de intervención y mejora.

¿Por qué evaluar el bienestar? Evaluar el bienestar en la escuela tiene múltiples finalidades:

- **Compartir información útil** entre docentes, familias y profesionales para una intervención coordinada.
- **Identificar estudiantes en riesgo**, que necesitan apoyo psicológico o pedagógico.
- **Comparar grupos** (por ejemplo, diferentes clases, edades, géneros) o **monitorizar el cambio a lo largo del tiempo**.
- **Verificar la efectividad de intervenciones específicas**, comparando resultados antes y después.

Sin una evaluación adecuada, las intervenciones quedan a merced de percepciones subjetivas o intuiciones, lo cual puede llevar a subestimar o malinterpretar las necesidades reales del alumnado.

Instrumentos de evaluación: fiabilidad y validez

Los instrumentos que se emplean para valorar el bienestar deben ser:

- **Fiables**: ofrecer resultados consistentes.
- **Válidos**: medir realmente lo que se pretende evaluar.

Muchos de los instrumentos disponibles se basan en el modelo **self-report**, es decir, **los propios estudiantes responden** sobre cómo se sienten o qué piensan. Esto permite captar su perspectiva directa, aunque también tiene limitaciones (por ejemplo, falta de introspección o deseabilidad social).

Algunos instrumentos destacados

Los autores presentan una selección de instrumentos validados, en italiano y aplicables tanto por docentes como por expertos. A continuación, se resumen los más relevantes:

KIDSCREEN (Grupo KIDSCREEN, 2004)

- Desarrollado en el marco de un proyecto europeo, disponible en más de 20 idiomas.
- Evalúa el bienestar general de niños y adolescentes de 8 a 18 años.
- Contiene una versión larga (52 ítems), una media (27 ítems) y una breve (10 ítems).
- Dimensiones evaluadas:
    - Salud física.
    - Bienestar psicológico.
    - Estado de ánimo y emociones.
    - Autopercepción.
    - Autonomía.

    - Relaciones familiares.
    - Relaciones con pares.
    - Ambiente escolar.
    - Aceptación social/bullying.
    - Recursos económicos.
- Las respuestas se recogen en una escala de 5 puntos.

MSLSS (Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale)
(*Huebner, 1994; adaptación italiana por Zappulla et al., 2014*)

- Dirigida a estudiantes de 8 a 18 años.
- Evalúa la **satisfacción vital en cinco áreas**:
    - Familia.
    - Amigos.
    - Escuela.
    - Entorno físico.
    - Uno mismo.
- Tiene versiones de 40 y 30 ítems, con escala de 4 puntos.

School Well-being Scale (SWS)
(*Alivernini y Manganelli, 2015*)

- Pensada para niños de escuela primaria.
- Evalúa, con 6 ítems, la frecuencia de sentimientos positivos en la escuela (ej. sentirse relajado o feliz).

Feelings at School Scale (FASS)
(*Alivernini et al., 2020*)

- Dirigida a adolescentes.
- Mide afectividad positiva (ej. alegría) y negativa (ej. preocupación) mediante 8 ítems.

Questionario del benessere scolastico
(*Tobia y Marzocchi, 2015*)

- Evaluación global del bienestar escolar y de factores de riesgo.
- Presentado con más detalle en capítulos posteriores del libro.

School-Related Well-being Scale (SRW)
(*Raccanello et al., 2021*)

- Enfocada en la transición entre primaria y secundaria.
- También descrita más adelante en el volumen.

Conclusión del subtema
La evaluación del bienestar escolar no es un fin en sí mismo, sino **una herramienta para conocer, comprender y transformar** el entorno educativo en un espacio más inclusivo, empático y saludable. Para ello, se requiere:

- Contar con **instrumentos válidos y accesibles**.
- Formar a los docentes y profesionales educativos en su uso.
- **Integrar los resultados** en las decisiones pedagógicas.
- Establecer redes de colaboración entre escuela, familia y especialistas.

En suma, una escuela que **escucha y mide** el bienestar es una escuela que **cuida y actúa con responsabilidad**.

1.4 Conclusioni
Esta sección cierra el capítulo ofreciendo una **síntesis reflexiva** sobre el concepto de **bienestar**, destacando su complejidad, su relevancia educativa y la importancia de una mirada integradora y contextualizada, especialmente en la escuela.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

El bienestar: un concepto multidimensional e interdisciplinar

Los autores insisten en que el **bienestar no puede ser reducido a una sola dimensión** o a una única definición. A lo largo del capítulo, se ha demostrado que:

- Es un **constructo complejo y en evolución constante**, influido por factores personales, sociales, culturales y educativos.
- Se ve afectado por **emociones, relaciones, salud física, autorrealización, resiliencia, habilidades cognitivas y más**.
- Requiere ser analizado desde **diversos enfoques teóricos**: como la psicología positiva, los modelos eudaimónicos y hedónicos (Ryan & Deci), o el enfoque biopsicosocial (Sameroff).

Cada perspectiva aporta herramientas para comprender mejor el bienestar, pero **ninguna es suficiente por sí sola**. Se necesita una visión integrada.

El bienestar en niños y adolescentes: enfoque global e inclusivo

Cuando se estudia el bienestar de **niños y adolescentes**, es fundamental considerar:

- **Todas las dimensiones del desarrollo**: emocional, cognitiva, física, social.
- **Múltiples contextos**: la escuela, la familia, los pares, la comunidad.

La infancia y la adolescencia son momentos clave en los que **se establecen las bases del bienestar futuro**, por lo que intervenir tempranamente es una inversión valiosa para toda la sociedad.

El rol de la escuela como espacio privilegiado

La escuela es presentada como **un entorno privilegiado para la promoción del bienestar**, por varias razones:

- **Es un espacio universal**: alcanza a toda la población en edad escolar.
- **Está en contacto constante con los estudiantes**: lo que permite observar su desarrollo de forma continua.
- **Cuenta con profesionales de la educación**: que pueden intervenir no solo en lo académico, sino también en lo emocional y social.
- **Promueve valores como la equidad, la inclusión y el respeto a la diversidad**.

Una escuela que **promueve tanto las competencias cognitivas como las no cognitivas** (emocionales, relacionales, resiliencia, autoestima) es una escuela que construye bienestar de forma estructural.

El valor de la observación y de las intervenciones estructuradas

El texto concluye señalando que para apoyar verdaderamente el bienestar de los estudiantes es necesario:

- Que los docentes y las familias realicen una **observación atenta y empática**.
- Que existan programas y políticas educativas con **formación específica para docentes**.
- Que se integren **expertos externos (psicólogos, educadores, orientadores)** en los equipos escolares.

La **colaboración interprofesional e institucional** es esencial para abordar de manera efectiva las dificultades que afectan el bienestar de los alumnos, tanto en el aprendizaje como en su desarrollo emocional.

La escuela como escenario de acción política y cultural

Finalmente, se destaca que la escuela es también un lugar estratégico desde el cual se pueden **diseñar e implementar políticas públicas** que favorezcan el bienestar, ya que permite:

- Acceder a toda la población infantil y juvenil.

- Generar experiencias compartidas significativas.
- Desarrollar prácticas educativas con impacto social positivo.

Conclusión general del capítulo

Este primer capítulo ha dejado claro que:

- El bienestar **no es un lujo ni un extra**, sino un componente esencial del desarrollo humano.
- Para promoverlo, **la escuela debe transformarse** en un entorno acogedor, inclusivo y atento a las necesidades de cada alumno.
- Solo mediante **un enfoque integrado, empático y basado en la evidencia**, podremos construir una educación que haga posible "estar bien" —y no solo aprender— en la escuela.

El bienestar y su promoción en contextos clave

Aspecto	Descripción / Punto clave
Definición de Benessere	El **bienestar** es un estado de **equilibrio dinámico** y subjetivo en el que la persona **se siente física, emocional, mental y socialmente bien**, con capacidad para **afrontar desafíos**, **relacionarse de forma positiva**, **construir sentido en su vida** y **desarrollar su potencial**. No es solo la ausencia de malestar, sino una **condición activa de salud integral**, influida por el contexto, las experiencias y las relaciones.
Dimensiones del Benessere	1. **Física**: salud, energía, alimentación y descanso. 2. **Psicológica**: autoestima, resiliencia, autorregulación, emociones positivas. 3. **Cognitiva**: pensamiento crítico, motivación, sentido de eficacia. 4. **Social**: relaciones afectivas, pertenencia, cooperación. 5. **Moral/Existencial**: valores, propósito, sentido de la vida.
Principios fundamentales	- Es **multidimensional** y **evolutivo**. - Se construye en relación con el entorno. - Requiere **equilibrio entre exigencias y recursos**. - Se promueve desde una **mirada integrada**, que considera cuerpo, mente, vínculos y cultura.

Contextos clave para promover el bienestar

Contexto	Qué se debe fomentar	Ejemplos de acciones concretas
En casa (familia)	- Afecto incondicional y seguridad emocional. - Normas claras con comunicación empática. - Espacios de escucha activa y	-Dedicar tiempo de calidad en familia. -Incluir a los niños en decisiones cotidianas. -Reforzar sus logros sin exigir

	validación emocional. - Estímulo a la autonomía y confianza.	perfección. -Evitar gritos o críticas destructivas.
En la escuela	- Clima relacional positivo e inclusivo. - Atención al bienestar emocional, no solo al rendimiento. - Participación activa del estudiante en su aprendizaje. - Observación y apoyo a las señales de malestar.	-Fomentar el trabajo cooperativo. -Crear rutinas estables con flexibilidad. -Ofrecer oportunidades de expresión (arte, diálogo). -Colaborar con familias y psicólogos escolares.
En la comunidad	- Acceso a recursos educativos, culturales y recreativos. - Ambientes seguros y accesibles para todos. - Oportunidades de participación social y ciudadanía activa.	-Organizar actividades deportivas y artísticas gratuitas. -Promover espacios públicos seguros y verdes. -Incluir la voz de niños y adolescentes en decisiones locales.
Entre pares	- Relaciones basadas en el respeto y la empatía. - Prevención del acoso escolar y la exclusión. - Desarrollo de habilidades sociales (escucha, resolución de conflictos).	-Realizar dinámicas de grupo que fomenten la confianza. -Intervenir ante actitudes discriminatorias. -Reforzar la colaboración y el apoyo mutuo.

Claves finales

- El bienestar debe ser cuidado como un derecho, no solo promovido como un objetivo.
- La interacción entre los contextos (escuela-familia-comunidad) es esencial.
- Fomentar el bienestar no requiere grandes recursos, sino una actitud sensible y coherente con las necesidades del niño o adolescente.
- Una comunidad educativa que promueve el bienestar forma personas más felices, autónomas, competentes y socialmente responsables.

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ